

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

N°

669

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean PETITON SAINT MARD

Né le 7 mai 1903, à VERDUN (Meuse)

**FAUSSES GROSSESSES
TUBAIRES**

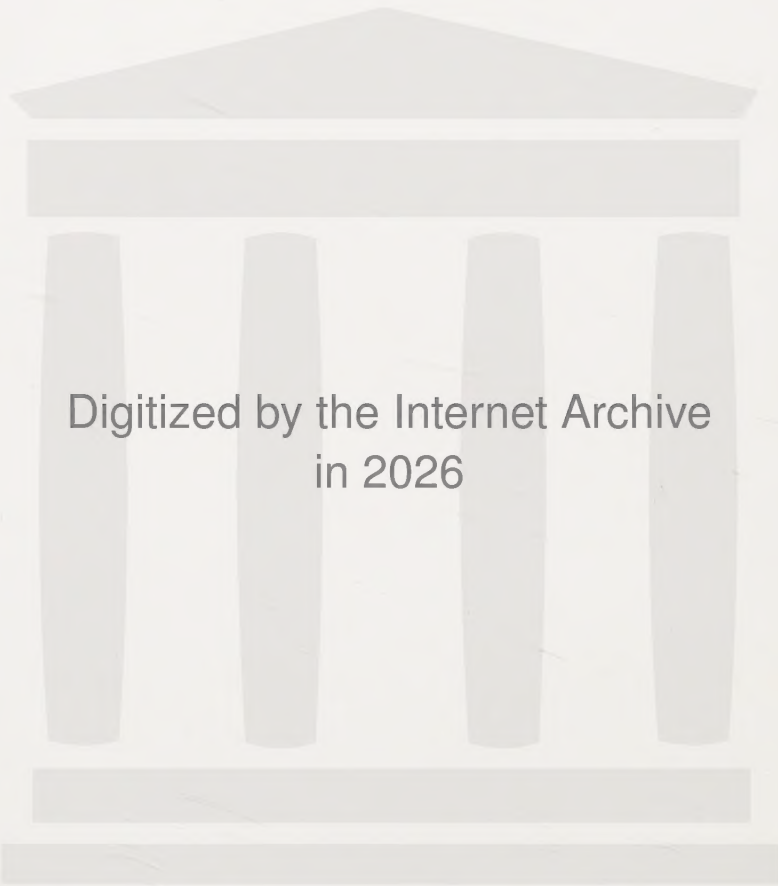
Président : COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FAUSSES GROSSESSES TUBAIRES

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean PETITON SAINT MARD

Né le 7 mai 1903, à VERDUN (Meuse)

**FAUSSES GROSSESSES
TUBAIRES**

Président : COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophthalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N...
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD EL.	Pathologie médicale.
BESANÇON Just.	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
G'ROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT.	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER.	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	

MM.

EGALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé . . .	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Urbain PETITON SAINT MARD

*Chef de bataillon au 32^e Régiment d'infanterie
tué à l'ennemi au combat de Pilken (Belgique)
le 30 avril 1915*

A MA MÈRE,

Trop tôt ravie à mon affection

Qui restent pour moi un
modèle de vertu et de bonté,
je dédie ce modeste travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. le Professeur A. COUVELAIRE,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

M. le Docteur CLAISSE

Externat

M. le Professeur agrégé AUVRAY

M. le Docteur Louis RAMOND

M. le Docteur Clovis VINCENT

M. le Professeur LAUBRY

M. le Docteur APERT

A Monsieur le Professeur HOVELACQUE

A Monsieur J. THOYER-ROZAT,

Accoucheur de N.-D. du Bon-Secours

A M. le Professeur agrégé Jean QUÉNU

A M. le Docteur DOUAY

A M^{lle} ABRICOSSOFF

A M. Cl. BÉCLÈRE

Qui m'ont fourni des documents pour ce travail.

AU Docteur SUREAU,
Accoucheur des Hôpitaux

AUX Docteurs MAINGOT, THOYER-ROZAT,
Radiologistes des Hôpitaux

AU Docteur GIROBE,
Chirurgien des Hôpitaux

AU Docteur E. HARTMANN,
Ophtamologiste des Hôpitaux

AUX Docteurs P. WINTER, D. ROUTIER, WALSER, CAMBESSÉDÈS,
R. SAUVAGE, R. PRIEUR, P.-L. THIROLOIX.

INTRODUCTION

Les laparotomies pour grossesse tubaire avec hématosalpinx, hématoçèle ou hémorragie profuse en péritoine libre ne se comptent plus. Il n'est pas un chirurgien qui dans sa carrière n'en ait opéré un nombre important.

Les éléments du diagnostic sont maintenant bien connus, non seulement des chirurgiens et accoucheurs, mais de la plupart des médecins praticiens.

Néanmoins, de temps en temps, il arrive au chirurgien de faire une laparotomie avec le diagnostic de grossesse tubaire, et le ventre ouvert, de ne rien trouver, à sa grande surprise, qui ressemble à une grossesse tubaire. Pas de sang dans le ventre, pas de sang dans les trompes, annexes saines, un gros utérus gravide présentant parfois une curieuse « fluxion » au niveau d'un angle, parfois basculé en dehors ou en arrière, parfois de forme et de situation absolument normales.

Le chirurgien referme le ventre sans avoir rien fait d'utile que de constater qu'il n'existe pas de grossesse extra-utérine.

Il est bien probable qu'un grand nombre de faits de ce genre sont restés inédits.

Cependant un certain nombre de cas de ces « laparotomies blanches » visant des grossesses tubaires qui n'existaient pas ont été publiés, et leur étude nous a semblé présenter un certain intérêt.

M. le Professeur Couvelaire a bien voulu ouvrir pour nous les riches archives de la clinique Baudelocque.

D'autre part, M. Jean Quénu nous a confié sept observations de son service de Notre-Dame du Bon-Secours.

M. Douay a bien voulu nous communiquer deux observations personnelles.

Et M^{lle} Abricossouff nous a transmis un cas qu'elle a observé.

A la lueur de ces documents inédits et de plus d'une

centaine d'observations que nous avons trouvées dans la littérature, nous avons groupé les cas qui ont donné lieu aux erreurs les plus fréquemment commises. Par l'étude attentive des symptômes, des signes physiques, des constatations opératoires et de différents modes d'investigation spéciaux, nous avons tenté de classer ces différents cas du point de vue anatomique et de chercher, du point de vue clinique, les éléments d'un diagnostic différentiel.

Néanmoins, la connaissance de ces fausses grossesses tubaires permettra parfois de les identifier, de les distinguer des vraies grossesses tubaires, et d'éviter ainsi des laparotomies inutiles.

Mais lorsque, malgré un interrogatoire minutieux et un examen physique attentif, le doute persistera, on devra intervenir, car la méconnaissance d'une grossesse tubaire et l'abstention opératoire sont des fautes autrement graves par leurs conséquences qu'une laparotomie pour une grossesse pseudo-tubaire.

PREMIÈRE PARTIE

GROSSESSE ANGULAIRE

Définition

Une femme qui a un retard de règles de un ou deux mois et qui, en outre, peut présenter quelque réaction douloureuse dans le bas-ventre ou une légère métrorragie, vient consulter. On trouve à côté d'un utérus augmenté de volume, une tumeur latéro-utérine ou juxta-utérine siégeant près d'un angle utérin, séparée de l'utérus par un sillon plus ou moins net, de consistance variable. Si l'on examine cette femme régulièrement, on assiste bientôt à la disparition progressive de la tumeur, s'incorporant peu à peu au corps utérin qui augmente de volume : vers la fin du troisième ou quatrième mois de la gestation, on constate un utérus gravide normal, où la déformation récente n'a pas laissé de trace. S'il se produit parfois un avortement, le plus souvent cette grossesse évolue normalement jusqu'à terme, avec un accouchement normal ; dans quelques cas rares, une rétention placentaire avec enchatonnement peut compliquer la délivrance. L'utérus conserve après l'accouchement une forme normale.

Tel est le tableau clinique d'une grossesse dite angulaire, telle qu'on l'observe le plus souvent.

Après Puech, Bar avait déjà, lors de l'accouchement, vérifié par l'exploration manuelle de la cavité utérine que le placenta s'insérait au niveau de la corne primitivement déformée au début de la gestation. Il émit l'hypothèse que la déformation angulaire de ces utérus gravides était due au siège de l'insertion de l'œuf qui se greffe au niveau de l'angle utérin de la corne, et quelque temps plus tard, chez une femme qui

présentait cette déformation utérine très caractérisée, le produit d'avortement à deux mois et demi lui montra à un angle de la caduque expulsée, moulage en quelque sorte de la cavité utérine, un œuf qui siégeait du côté et au niveau de la fluxion utérine (fig. 18).

L'ensemble de ces faits montre que dans ces déformations l'œuf peut se greffer au niveau de la corne utérine, déformé au début de la gestation, mais aucun fait anatomique ne permet de préciser que l'œuf se greffe au voisinage même de l'ostium tubae, comme l'avait pensé Bar.

Mais ce siège de la greffe, souvent réalisé et vérifié par l'insertion du placenta dans la corne utérine après l'accouchement ne paraît pas toujours nécessaire pour réaliser le type de grossesse en fluxion au niveau d'une corne utérine, au début d'une gestation.

Bar lui-même, en 1905 (*), souligne l'importance des contractions partielles de l'utérus qui peuvent, au début d'une gestation, ajouter à la difficulté du diagnostic entre une grossesse intra-utérine avec greffe de l'œuf dans une corne et une grossesse extra-utérine.

Couvelaire (*) eut l'occasion de suivre une grossesse ayant présenté cette anomalie, et put s'assurer, lors de l'accouchement à terme, que le placenta ne s'insérait pas dans la corne, mais sur une face latérale de l'utérus.

Le Lorier (*), sous le nom d'expansion sacciforme à bascule, a décrit une déformation utérine dans les premiers mois de la gestation ; cette déformation, identique à la déformation d'une grossesse dite angulaire, siégeait chez une femme enceinte de quatre mois et demi dont il a rapporté l'observation, successivement à droite puis à gauche le jour suivant, et disparut en quelques jours, en s'incorporant à l'utérus gravide. Si donc l'insertion de l'œuf nous paraît habituellement angulaire, comme le montre le siège de l'insertion du placenta, ou certains produits d'avortement, dans d'autres cas qui paraissent probablement beaucoup plus rares, l'insertion de l'œuf ne siégerait pas au niveau d'une corne. Nous ne devons pas considérer comme nécessaire l'insertion angulaire de l'œuf pour réaliser le tableau clinique de la grossesse dite angulaire. Des anomalies intermittentes de la tonicité utérine pourraient être la cause de ces déformations.

L'observation de Desnoyers (*), où la fluxion utérine se

résorbe après une hystérectomie, souligne encore l'importance des troubles de la tonicité utérine. Cette observation est instructive à un autre point de vue : il s'agissait, comme l'a montré l'examen de la pièce opératoire, d'un utérus bicorne avec épéron séparant, au niveau du fond, les deux cavités.

De nombreuses opérations faites par erreur de diagnostic ont permis de constater *de visu* cette bizarre déformation en fluxion de la corne utérine gravide. Dans un cas de J. Quénu (p. 103), on en a extrait l'œuf — le diagnostic de grossesse dite angulaire paraissait donc bien établi ; mais, quelques mois plus tard, une exploration radiographique montrait une image que l'on peut interpréter comme étant celle d'un utérus bifide (fig. 12 et 15). Une malformation utérine peut passer inaperçue quand on regarde l'utérus de l'extérieur. C'est par l'intérieur que doit être fait le diagnostic de malformation.

Cette observation laisse un doute ; on peut se demander si tous les cas de déformation angulaire ne sont pas favorisés par une malformation utérine qui peut passer inaperçue. Dans plusieurs explorations manuelles de la cavité utérine lors de l'accouchement, pratiquées dans ces cas par divers auteurs, pour apprécier, il est vrai, le siège d'insertion du placenta, aucun ne fait mention d'une cavité utérine anormale. Ce n'est pas une preuve absolue, mais il serait étonnant que chaque fois l'anomalie utérine ait passé inaperçue. Cependant l'épreuve radiologique après la grossesse paraît une méthode plus sûre pour reconnaître une malformation utérine qui peut échapper à l'observation, même au cours d'une laparotomie exploratrice.

Nous considérons comme répondant à la *définition de grossesse angulaire* les observations :

1° Qui présentent un tableau clinique bien défini : retard des règles qui ne dépasse guère deux ou trois mois, tumeur latéro-utérine ou juxta-utérine siégeant vers un angle de l'utérus, disparition vers le troisième mois en général ou le quatrième mois de la gestation de cette tumeur qui s'incorpore à l'utérus gravide normal ; après l'accouchement, l'utérus prend une forme normale ; la tumeur disparaît dans d'autres cas après un avortement ;

2° Où l'on a pu constater au cours d'une intervention la fluxion utérine au niveau d'un angle d'une corne utérine ;

3° Où l'exploration manuelle méthodique montre après

l'accouchement, outre une insertion fréquente du placenta au niveau d'une corne, une cavité utérine où l'on ne trouve aucune cloison, aucun éperon, aucun élément de malformation. Un examen antérieur au spéculum aura montré qu'il n'y avait aucune anomalie du col ou du vagin ;

4° Ou bien, où l'exploration lipiodolée ultérieure donne une image de cavité utérine normale.

Nous isolons ainsi des grossesses angulaires :

1° Les gestations dans certains utérus doubles ou malformés qui peuvent donner, à s'y méprendre, le même tableau clinique et avec lesquelles on les a souvent confondues ;

2° La gestation dans un utérus gravide latéro-fléchi qu'il est souvent impossible de distinguer de la grossesse angulaire en dehors d'une intervention.

Ces restrictions nous montrent déjà combien il est difficile dans la pratique de porter avec certitude un diagnostic de grossesse angulaire.

En présence d'une grossesse angulaire authentique où la laparotomie, à la faveur d'une erreur de diagnostic, a montré la fluxion angulaire d'un utérus d'aspect par ailleurs normal, qu'une radiographie ultérieure a montré normal, ou dont l'exploration manuelle soignée, faite après l'accouchement, n'a décelé aucune anomalie : il faut savoir que cette déformation n'est pas nécessairement et toujours en rapport avec une greffe ovulaire dans la corne correspondante, mais peut être seulement sous la dépendance de troubles de la tonicité utérine. Et si la constatation fréquente d'un placenta inséré dans la corne plaide en faveur de la greffe angulaire, nous verrons à propos de l'étude des symptômes que les modifications locales de la tonicité utérine jouent un rôle important dans la déformation et son évolution.

Dans la nomenclature, la dénomination de grossesse angulaire doit être considérée comme déterminée par le siège angulaire de la fluxion utérine et non par le siège de la greffe de l'œuf qui ne se fixe pas toujours dans une corne utérine.

Holzapfel, recherchant dans 107 cas le siège de l'insertion du placenta par l'exploration manuelle de la cavité utérine après l'accouchement, le trouve, en dehors d'un placenta prae-via, 42 fois sur la paroi antérieure, 45 fois sur la paroi posté-

rière, 14 fois sur l'angle tubaire, et 5 fois au-dessous de la trompe. Ceci nous porte à croire que parmi des gestations dont l'évolution sera la plus normale, l'œuf s'est greffé dans une corne, plus ou moins près de l'angle utérin.

Nous aurons l'occasion de voir que la distension utérine d'une corne les derniers mois de la gestation, peut parfois correspondre à une insertion du placenta à ce niveau.

Ces faits nous montrent bien que la greffe de l'œuf dans une corne utérine plus ou moins près de l'angle ne correspond pas à une entité clinique.

HISTORIQUE

Ce nom de grossesse angulaire a été donné pour la première fois en 1903 par Wassilieff à cette déformation particulière de l'utérus au début de la grossesse — dont on avait déjà publié des observations. Longtemps ces anomalies de développement de l'utérus gravide ont été confondues avec la grossesse interstitielle, dont on pensait l'évolution utérine fréquente. Mais leur existence semble avoir été entrevue dès 1878 par des auteurs américains : Graham présente à la Société d'Obstétrique de Philadelphie, en 1878, un cas de grossesse interstitielle de quatre mois qui se termine par l'expulsion spontanée du fœtus et des membranes et après lequel l'utérus recouvre rapidement sa forme. La même année, Mac Burney (*) rapporte l'histoire d'une grossesse interstitielle de deux mois, se présentant sous la forme d'une tumeur latéro-utérine gauche qui repousse l'utérus vers la droite. Dans une consultation avec les spécialistes de l'époque, on décide de tuer le fœtus avec le courant galvanique ; à un nouvel examen, la tumeur a disparu, on ponctionne les membranes et, peu de temps après, se produit un avortement spontané.

En 1885, Garrigue (*) rapporte l'observation d'une femme dont les dernières règles datent de deux mois et demi, qui souffre de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite tandis que la partie correspondant à la corne utérine droite est tuméfiée et douloureuse au toucher. Un mois plus tard, l'utérus a pris une forme globuleuse régulière et la grossesse se poursuit normalement. Cependant la femme avorte au septième mois.

En France, en 1893, Tedenat (*) apporte à la Société de Médecine et de Chirurgie de Montpellier le cas d'une gestation au troisième mois avec une tumeur latéro-utérine, qu'il diagnostique grossesse extra-utérine. Quelques mois plus tard, très rapidement l'utérus prit la forme d'un utérus gravide normal ;

cet auteur se demande s'il ne s'agissait pas d'un utérus double.

Puech (*), de Montpellier, communique à la même société, quelques jours plus tard, l'observation d'un cas moins douteux : une femme présente une aménorrhée depuis près de quatre mois, quelques vagues douleurs abdominales et une tumeur latéro-utérine qui paraît indépendante de l'utérus ; quelque temps après, les bruits du cœur apparaissent, et il fait le diagnostic de grossesse extra-utérine ; mais peu à peu la tumeur devient médiane et se confond avec un utérus médian grévde. Cet auteur, le premier, explore à l'accouchement la cavité utérine et précise le siège du placenta logé dans une « arrière-boutique » au niveau de l'angle droit de l'utérus.

En 1895, Mc Lean (*) décrit le *premier cas opéré* d'une tumeur latéro-utérine droite qui, libérée de ses adhérences, prit aussitôt l'aspect d'un utérus grévde normal de trois mois et demi ; Vineberg, après cette communication, attire l'attention sur la difficulté du diagnostic différentiel entre la gestation ectopique et le développement irrégulier d'un utérus grévde simulant une tumeur par asymétrie d'expansion, et cite une observation personnelle où cette déformation siégeait à la face postérieure de l'utérus.

En 1899, Braun (*) signale la possibilité de l'accroissement d'une seule corne utérine dans les premiers mois de la grossesse.

C'est surtout Bar (*) qui, par des communications successives en 1898, 1900, 1902 et 1905, donne un élan nouveau à la question. Il publie plusieurs observations, insiste sur le rôle de la contraction utérine, émet l'hypothèse de la greffe de l'œuf au niveau de la corne utérine, vérifie dans deux cas que le placenta siège au niveau de la corne dilatée, et présente, quelque temps plus tard, le produit d'avortement correspondant à l'une de ses observations : c'est une caduque de forme triangulaire, véritable moulage de la cavité utérine, avec un œuf à son angle supérieur droit qui correspondait à la déformation utérine. Son élève, Ouvrier, consacre entre temps sa thèse aux déformations utérines du début de la gestation.

Puis les publications sur le sujet se multiplient ; Wassilieff (*), en 1903, décrit ces faits sous le nom de *grossesse angulaire*, et Bonnaire (*), dans un style imagé, compare cet utérus boursoufflé à la face d'un individu atteint de fluxion dentaire, d'où le nom de *grossesse en fluxion*.

En 1904, Puech (*), de Montpellier, et son élève Veluet (*) consacrent à la question une revue générale très complète et une thèse importante.

Tandis qu'en France, sous l'impulsion de Bar et de Puech, ces travaux se poursuivent, en Hongrie, Piscacek (*) publie sur le sujet un premier travail en 1899, puis un mémoire important en 1901, les idées de cet auteur concordant avec celles des auteurs français.

Une nouvelle observation de Buffnoir (*), en 1905, est bientôt suivie, en 1906, d'une étude de Lequeux (*) qui cherche à préciser le diagnostic de la grossesse angulaire avec celui des grossesses ectopiques, et attire déjà l'attention sur les difficultés de diagnostic avec la grossesse extra-utérine et *l'utérus gravide latéro-fléchi*.

Mothe (*), en 1909, étudie la grossesse angulaire dans une thèse importante et Devraigne (*), en 1914, publie sur le sujet une leçon qu'il a faite en 1913.

En 1920, Turenne (*), dans la Revue Médicale de l'Uruguay, consacre une étude très documentée aux grossesses angulaires et aux grossesses interstitielles.

En 1923, Douay et Rochat (*) apportent de nouvelles observations et insistent sur les difficultés de diagnostic de la grossesse angulaire avec les grossesses extra-utérines, les grossesses dans un utérus gravide latéro-fléchi et les grossesses interstitielles.

En 1926, de Batz (*), de Bordeaux, dans sa thèse intitulée « Des grossesses intra-utérines anormales pouvant en imposer pour des gestations ectopiques », a le grand mérite de rapprocher les grossesses angulaires des grossesses dans un utérus gravide latéro-fléchi, ou des grossesses dans certains utérus doubles ou malformés, qui présentent souvent le même tableau clinique.

Ces dernières années, les observations se multiplient, de nombreuses publications sur la grossesse interstitielle, sur la grossesse dans les utérus doubles, le développement que prend l'exploration radiographique utérine lipiodolée et l'hystéroscopie donnent un nouvel intérêt au sujet et montrent en même temps combien il faut être prudent pour porter le diagnostic de grossesse angulaire.

La publication encore trop rare d'observations de malades opérées inutilement avec le diagnostic inexact de grossesse extra-utérine, donne à la question une importance de premier plan au point de vue pratique et chirurgical.

Enfin, tout récemment, Constant (*), d'Alger, a dans sa thèse consacré au sujet une étude très importante.

ANATOMIE

Musculature utérine

« La formule de la disposition de la texture musculaire de l'utérus fait encore défaut, et les travaux les plus importants se contredisent sur plusieurs points essentiels. »

C'est ainsi que s'exprime Rieffel en abordant l'étude de la musculature utérine dans le *Traité d'anatomie* de Poirier et Charpy (*) où il décrit la structure de l'utérus gravide d'après les recherches d'Hélie et Chenantais, publiées en 1865 (*).

Du point de vue histologique, nous rappellerons brièvement les principales modifications de structure des fibres musculaires de l'utérus gravide :

1° Elles augmentent considérablement de volume, atteignant jusqu'à 5 à 600 μ de longueur et 14 μ de largeur, mais ne renferment en général qu'un seul noyau :

2° Leur nombre se multiplie par caryocinèse ; cette hyperplasie, surtout évidente dans les strates vasculaires et sous-muqueuses, s'arrête vers le sixième mois ; à partir de cette époque, la paroi utérine s'amincit par distension :

3° Un grand nombre de fibres prennent un aspect strié au moins dans le sens longitudinal.

Nous n'étudierons pas le détail des trois couches musculaires que l'on décrit à la texture de l'utérus : couche externe divisée elle-même en couche superficielle, le stratum sub-serosum et couche profonde, le stratum supra-vasculaire ; couche moyenne, le stratum vasculaire ; couche interne, le stratum sub-mucosum, mais nous soulignerons simplement les points qui sont en rapport avec notre sujet.

Dans la *couche externe*, nous remarquerons que le *faisceau médian ansiforme*, véritable sangle médiane dirigée d'avant en arrière sur le fond de l'utérus, naît en arrière, au niveau

du col et du corps de fibres transversales, se recourbant pour devenir longitudinales et former le corps de ce faisceau ; de chaque côté, ce faisceau reçoit en s'élevant de nouvelles fibres qui s'infléchissent de la même manière ; la partie moyenne du faisceau ansiforme contourne le fond de l'utérus, descend sur sa face antérieure et ses fibres se recourbent successivement en dehors vers les ligaments ronds et larges.

Dans chaque héli-utérus se trouve ainsi réalisée par les fibres de ce faisceau une certaine disposition concentrique de plus ou moins grand rayon autour de l'orifice de la trompe.

La *couche musculaire moyenne*, de beaucoup la plus épaisse, contient les orifices béants des sinus utérins, et acquiert un développement plus fort au niveau du placenta. Elle se compose de bandes de largeur variable, obliques, longitudinales, transversales, mais ayant tendance à former des anses péricaveuses qui, croisées chacune par une autre, forment des anneaux complets péri-veineux, tandis que de grands anneaux semblables entourent plusieurs veines à la fois ; cette couche fait défaut sur le segment inférieur.

Dans la *couche interne*, on peut distinguer sur les faces antérieure et postérieure un *faisceau triangulaire* dont la base va d'une trompe à l'autre et dont le sommet descend vers l'orifice du col. Le faisceau triangulaire de la face *postérieure* reçoit des fibres transversales de son bord gauche, tandis que de son bord droit émergent successivement des *fibres en Z* qui deviennent transversales pour gagner le bord droit de l'utérus. Le faisceau triangulaire *antérieur* reçoit des fibres transversales sur son bord droit et les fibres en Z émergent de son bord gauche.

Il en résulte à la partie inférieure de la cavité utérine une sorte de manchon musculaire dont les fibres ont dans l'ensemble une direction transversale.

À l'orifice interne du col, elles forment un anneau musculaire saillant, le *sphincter du col* qui sépare les cavités corporeale et cervicale.

Au *fond de l'utérus*, les fibres musculaires de la couche profonde simulent des arceaux, dirigés d'avant en arrière, qui descendent sur les faces antérieure et postérieure, passent sous la bande transversale du faisceau triangulaire qui les recouvre, et s'infléchissent ensuite pour se confondre avec les fibres horizontales.

Enfin, à l'orifice des trompes, les fibres sont disposées *en anneaux concentriques* : parmi eux, les plus petits touchent l'orifice tubaire, les plus grands souvent incomplets, se continuent avec les arceaux de la voûte et s'adossent sur la ligne médiane à ceux du côté opposé. Ces formations ont été décrites

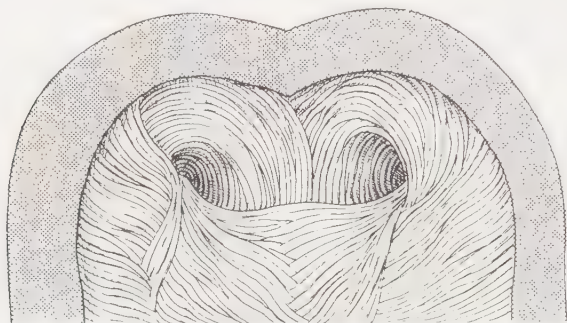


FIG. 1. — Surface interne de l'utérus, partie supérieure (Hélie et Chenantais).

sous le nom de *muscles orbiculaires des trompes*. Elles semblent bien appartenir à la cavité utérine et il serait peut-être plus exact de les appeler *muscles orbiculaires de la corne*.

Nous *retiendrons* de ces détails descriptifs incomplets largement empruntés à la description d'Hélie et Chenantais :

1° De la couche externe, la disposition et la topographie du faisceau médian ansiforme qui, par sa formation, et peut-être par ses fibres transversales et latérales constitue à la face externe de chaque corne utérine une sorte de réseau à fibres plus ou moins annulaires centrées sur l'axe de la corne. Cette disposition à type annulaire est nettement marquée à la base de la corne où elle forme le *faisceau de Calza* ;

2° De la couche interne, la disposition annulaire très nette, serrée, au voisinage de l'origine de la trompe, des fibres musculaires auxquelles font suite à distance des fibres ou faisceaux musculaires disposés en anneaux plus ou moins complets centrés dans l'ensemble sur l'axe de la corne.

Sur la figure de Hélie et Chenantais que nous reproduisons, nous voyons dirigé *vers chaque trompe un petit prolongement en cône de la cavité utérine*, entouré de faisceaux annulaires.

Soulignons ce détail dont nous verrons tout l'intérêt à l'étude radiologique des contractions utérines.

Mas (*) insiste sur ce détail et écrit que la couche interne forme dans la région des *cornes utérines* et juxta-salpingienne un véritable sphincter contractile, *les muscles orbiculaires*. Mais rien dans la description d'Hélie et Chenantais, résumée par Rieffel, ne nous permet de nous rallier à son opinion quand il considère cette région comme une zone « où la pénurie musculaire est manifeste et où la couche moyenne ne prend pas part à sa formation », qu'il compare à la zone du segment inférieur.

Il est probable que, de tous les éléments musculaires, certains ont une part plus active dans la contraction de l'utérus. La disposition « en cadre » de l'entrée de l'arrière-boutique dans l'enchatonnement du placenta, la contraction du sphincter angulaire de la corne, que nous étudierons plus loin, montrent que la contraction peut être localisée à un segment de l'utérus dans un plan perpendiculaire à l'axe de la corne. S'agit-il toujours d'un véritable sphincter ou anneau musculaire, ou bien d'une contraction localisée par un spasme ? Nous pencherons plutôt vers la seconde hypothèse pour le cadre des enchatonnements, car nous aurons l'occasion de parler d'autres spasmes utérins à localisation quelconque sur le muscle utérin.

Radiologie

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU MUSCLE UTÉRIN ÉTUDIÉES PAR LA RADIOSCOPIE ET LA RADIOGRAPHIE APRÈS INJECTION DE LIPIODOL

La figure du *Traité d'anatomie* de Poirier (fig. 1) que nous avons reproduite, nous montre à l'extrémité externe de chaque corne un petit canal musculaire qui la prolonge jusqu'à l'ostium uterinum. Ce conduit, qui n'est pas décrit à propos de l'architecture musculaire de l'utérus, a une ouverture circulaire et une forme un peu conique ; d'après la figure, il ne semble pas très profond.

Nous allons voir tout l'intérêt de ce prolongement de la cavité utérine en étudiant le muscle utérin, la forme de la

cavité utérine et ses contractions *in vivo* par l'étude lipiodolée aux rayons X.

La technique de cette épreuve a été bien mise au point par Claude Beclère (*). L'examen sera fait dans la période intermenstruelle. Pour que la cavité utérine soit bien injectée, il faut réaliser l'obturation du col à l'une ou l'autre de ses extrémités, soit au niveau de l'isthme avec une sonde de gomme à bout olivaire, l'isthme se contracte sur le collet de la sonde et réalise une obturation physiologique, soit à l'orifice cervical externe par une sonde avec un embout conique en caoutchouc moulé que l'on fixe à la pince qui tient le col. L'injection doit être faite sous une certaine pression que l'on doit toujours suivre avec l'hystéromanomètre. En aucun cas, la pression de 30 centimètres de mercure ne doit être dépassée. On est toujours loin d'atteindre cette pression : une pression de 20 centimètres suffit en général pour bien remplir la cavité utérine.

On examine le remplissage sous l'écran ; quand ce premier examen est terminé, on enlève la sonde qui obture le col et on étudie comment la cavité utérine vide le lipiodol qui la remplit, on prend des clichés en série durant l'examen.

1° *Forme de la cavité utérine.* — C'est la classique forme triangulaire comprenant deux cornes et un isthme, ayant souvent dans son ensemble une forme assez symétrique par rapport à un axe vertical ; les cornes ne sont pas toujours égales, l'isthme peut être plus ou moins court ; il y a lieu de bien maintenir le col pour que la sonde ne le repousse pas et diminue la projection sur l'écran de la région isthmique. Au niveau de l'extrémité externe des cornes, on constate l'existence d'un sphincter qui a été décrit pour la première fois par Arnstam et Reinberg en 1926. Ce petit *sphincter angulaire de la corne* a été observé depuis par tous les auteurs. Il siège à quelques millimètres de l'origine de la trompe ; il apparaît au niveau de l'angle de la corne sous la forme d'une incisure ; l'extrémité externe de la corne est radiologiquement isolée par une bande claire très étroite du reste de la cavité utérine. Cl. Beclère (*) a voulu vérifier *in vivo* l'existence de ce sphincter angulaire. Sur un utérus sensiblement normal, pris vivant immédiatement après une hystérectomie pour kyste de l'ovaire et salpingite, il a injecté du lipiodol sous 20 cm de mercure de pression et a fixé aussitôt la pièce dans du liquide de Boin. Des coupes

furent faites en série suivant l'axe de chaque corne utérine et examinées par M. Yvan Bertrand. « Nous voyons que la cavité utérine au niveau de la corne s'allonge, resserrée entre de nombreuses fibres musculaires à majorité annulaires, situées surtout en dessous de la cavité. Puis, un peu plus loin, la cavité cesse, les deux bords musculaires sont en contact. Un peu plus loin encore, la cavité reparait, petite, puis se termine en pointe au niveau de la naissance de la trompe. » L'examen anatomique saisi sur une pièce vivante concorde avec les images radiographiques, prouve que *le sphincter siège au niveau de la cavité utérine* et justifie la dénomination de sphincter angulaire de la corne. Toutefois, certains auteurs ont pensé que ce sphincter siégeait sur la trompe. L'importance de ce sphincter va nous être montrée par l'étude radiologique des contractions de l'utérus :

2° *Physiologie utérine : cinématique utérine.* — Sous l'écran, la forme de l'image lipiodolée progressant avec l'injection est modifiée sans cesse par les contractions de l'utérus qui cherche à vider son contenu. Après avoir étudié la forme de la cavité utérine, le passage du lipiodol dans les trompes, on enlève la sonde qui obture le col, et l'on étudie sous l'écran la façon dont se vide l'utérus : de très nombreux examens ont montré à Cl. Beclère qu'elle se faisait d'une façon très fréquente de la manière suivante :

La contraction commence d'abord à l'angle d'une corne, la courte portion extra-sphinctérienne de la corne est déjà vidée et donne l'image d'un trait plus épais que l'image de la trompe ; ce trait se continue en dehors avec celui de la trompe plus ténu, dont il se distingue très nettement, et à son extrémité interne aboutit au niveau du sphincter de Arnstam et Reinberg à la cavité utérine, qui paraît amputée à ce niveau ; parfois la portion extra-sphinctérienne de la corne est encore remplie, elle se vide, puis par une série d'ondes contractiles successives partant du sphincter, la corne se vide progressivement.

Quand la première corne entrée en contraction est vidée, l'autre corne commence à se contracter au niveau du sphincter de la corne et se vide de la même façon.

Quand les deux cornes sont vides, l'isthme utérin est encore opaque ; des contractions naissent alors à la partie haute

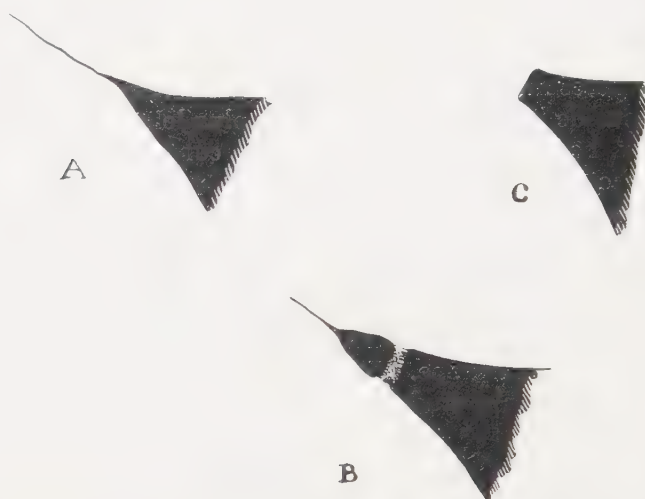


FIG. 2. — Les trois aspects radiologiques l'angle de la corne utérine :
a) Le sphincter d'Arstam et Reinberg n'est pas contracté ;
b) Ce sphincter est contracté : une petite portion externe de l'angle utérin paraît isolée de la cavité utérine ;
c) Cette portion extra-sphinctérienne s'est vidée : aspect amputé ou arrondi de l'angle de la corne.
 En *a)* et *b)* on voit en dehors la portion juxta-utérine de la trompe qui s'est vidée en *c)*.



FIG. 3. — Schéma de vidage de la cavité utérine remplie de lipiodol. Une corne se vide par contractions successives, puis l'autre, puis l'isthme.

de ce manchon isthmique et, se succédant, vident progressivement de haut en bas l'isthme utérin.

Les contractions dans les deux cornes sont en général successives : une corne se vide d'abord la première, puis la seconde ; cependant la seconde corne peut commencer à se vider avant que la première ne soit complètement libre de lipiodol ; dans certains cas même, les deux cornes se vident presque en même temps. Dans des cas rares, on a vu l'absence complète de contractions, véritable atonie au niveau d'une corne ; dans un cas exceptionnel, il n'y avait aucune contraction dans les deux cornes, et seule se contractait la région isthmique.

Un autre aspect de la contraction de la corne est sa contraction à la façon d'un compas qui se ferme, se produisant dans les conditions suivantes : la corne gauche, par exemple, s'est

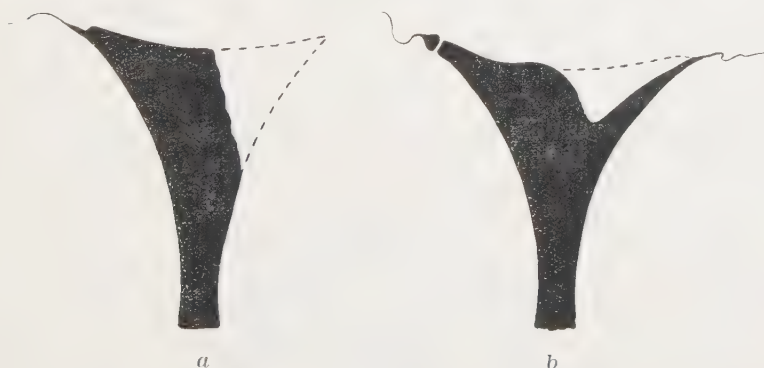


FIG. 4. — Autre mode de la contraction de la corne. Après s'être vidée par contractions successives, donnant à l'image utérine cet aspect amputé (a), elle se relâche, se remplit passivement, puis se vide incomplètement à la façon d'un compas qui se ferme (b).

vidée la première, donnant l'image d'un utérus amputé ; on obture de nouveau le col utérin et l'on peut voir à un moment un remplissage en masse de la corne qui correspond à son relâchement : le lipiodol reflue de la corne droite dans la corne gauche qui se relâche après s'être contractée en se vidant ; puis l'on assiste bientôt à une nouvelle contraction de la corne gauche qui se vide par rapprochement de ses deux bords supérieur et inférieur, à la façon d'un compas qui se ferme, mais se vide incomplètement, laissant persister une bande d'ombre

pointue partant de l'angle. Si l'on patiente, on peut voir se reproduire plusieurs fois ce phénomène.

L'intensité et la fréquence de ces contractions sont variables. Dans les cas moyens, ces contractions se produisent d'abord sur une corne, puis sur l'autre suivant des ondes régulièrement successives, et l'utérus se vide en quelques minutes.

Cette étude radiologique nous permet de diviser l'utérus en trois zones de contraction physiologiquement distinctes : une corne droite, une corne gauche, un isthme.

Ces zones sont définies par la limite d'extension des contractions qui partent de chaque côté du sphincter angulaire de la corne.

Hystéroscopie

Cette méthode d'endoscopie intra-utérine déjà ancienne a pris ces dernières années un nouvel essor avec les travaux des Allemands Gauss et Schroeder et ceux des Français Luys, David, Segond, et A. Hamant et Durand. Ces deux auteurs utilisant



FIG. 5. — Un des aspects de la corne utérine (A. Hamant et Durand).

l'hystéroscope de Segond ont bien réglé la technique de cet examen, précisé ses indications et indiqué les premiers résultats ; nous ne rappellerons pas cette technique ; nous dirons simplement que l'utérus est rempli d'eau stérile, à une pression

de 25 à 30 mm de mercure, pour *déployer* devant le système optique la cavité virtuelle de l'utérus qui, sans cela, resterait inexplorable.

Ce procédé a permis de se rendre compte de l'anatomie de l'utérus : forme de l'utérus, de ses cornes, l'aspect de la muqueuse pendant le cycle menstruel, et d'observer par vision directe certaines contractions utérines.

A. Hamant et E. Durand présentent dans leur travail de belles reproductions d'aquarelles, d'images de la corne utérine ; nous reproduisons l'une d'elles sous forme de dessin (fig. 5) qui nous montre le rétrécissement progressif de la corne à mesure que l'on se rapproche de son angle. Ces auteurs n'ont pu sur le vivant explorer directement cet angle avec l'hystéroscope de Segond qu'ils utilisent ; mais sur une pièce opératoire, en imprimant à l'utérus un mouvement de latéralité, ils ont réussi à voir l'orifice de la trompe, qui se présente sous un aspect comparable à celui que donne au cystoscope l'orifice urétéral ; sa largeur est, en rétablissant l'image à sa grandeur naturelle, de 2 à 3 millimètres ; par cathétérisme tubaire par voie externe, une sonde pénétrait bien dans la cavité utérine par cet orifice.

Carl Schroeder (*) avec l'appareil qu'il utilise, a pu observer le fond de la corne utérine dont il nous donne des images en couleurs que nous reproduisons en dessin. Ses figures 9, 10, 11 sont nos figures 6, 7, 8 : « La figure 9 (6) montre l'ostium tubae droit d'une femme normale réglée au sixième jour de son cycle menstruel. A ce moment, l'ostium tubae se présente sous son plus bel aspect tandis que la muqueuse utérine est affaissée. On voit directement à l'intérieur de la lumière de la trompe, et l'on constate la différence de couleur entre les muqueuses de la trompe et de l'utérus. Au-dessus de l'orifice, il se produit deux plis de la muqueuse par les contractions des cornes utérines, qui se succèdent suivant un rythme régulier qui, d'après G.K.F. Schultze représentent une réaction sur le contenu de l'utérus que l'on remplit d'eau, formant devant la lumière de la trompe comme un diaphragme irien. »

« Les figures 10 et 11 (7 et 8) montrent le même ostium tubae pendant la phase proliférative. La muqueuse utérine est devenue aussi plus épaisse dans la corne et on ne peut voir l'ostium lui-même que seulement pendant le relâchement du tonus de la paroi. » Une minute plus tard le tonus de la paroi a augmenté et la muqueuse utérine cache l'ostium.

Ce que C. Schroeder indique comme étant l'orifice de la trompe contractée se différenciant par sa couleur de la muqueuse utérine, a suivant son pli longitudinal de contraction un centimètre environ de longueur, est donc beaucoup plus grand que l'orifice de 2 à 3 mm reproduit sur une figure d'Hamant.



FIG. 6, 7, 8. — (Gauss et Schroeder). Hystérocopie. Aspect de l'angle utérin et contraction de la corne utérine.

Nous pensons que c'est l'image du sphincter angulaire de la corne décrit radiologiquement par Arnstam et Reinberg, qui sous la pression de l'eau se contracte comme un sphincter irien; l'ostium tubae est au delà. Cette interprétation est conforme aux données de la radiologie et à l'examen anatomique de Cl. Beclère et Y. Bertrand, et comme ce sphincter reste ouvert sur le cadavre, on peut penser que le petit prolongement en corne de la cavité utérine reproduit sur la figure 1, empruntée

au *Traité d'anatomie* de Poirier, correspond à l'intervalle compris entre le sphincter, virtuel sur la pièce, et l'ostium tubae proprement dit. Il y a là une sorte d'antre pré-tubaire qui, nous l'avons vu à propos de l'examen radiologique se réduit volontiers à une cavité virtuelle par contraction. Cette fermeture persistante de cet antre et du sphincter est peut-être en partie à l'origine de la différence si manifeste de coloration de la muqueuse du sphincter et du reste de la cavité utérine.

Sous le nom de tonus de la paroi, C. Schroeder nous montre à un examen fait à la phase de prolifération une véritable contraction de la corne partant du sphincter angulaire qu'elle cache, puis effaçant le fond même de la corne utérine à la façon d'une charnière qui se ferme. Ne serait-ce pas, vue d'en dedans, la contraction en fermeture de compas que nous avons signalée à propos de l'exploration lipiodolée ?

L'hystéroscopie n'en est encore qu'à ses débuts, on peut espérer par cette méthode préciser avec plus de certitude l'anatomie et la physiologie utérine en s'aidant de données nouvelles radiologiques et anatomiques.

ÉTUDE CLINIQUE

Fréquence

Il est bien difficile de l'apprécier car la grossesse dite angulaire peut passer souvent inaperçue : si la femme ne ressent aucun trouble, elle ne consulte pas, et la déformation utérine qui souvent disparaît avant la fin du troisième mois de la gestation n'est pas vue ; le fait que dans certaines observations la déformation disparaît très rapidement nous porte à croire qu'elle peut échapper à l'observation du médecin consulté de temps à autre dès que la femme se croit enceinte.

Bar, en 1900, nous dit que « ce n'est pas un fait rare s'il en juge par la fréquence des cas dans lesquels on trouve au début de la grossesse l'utérus irrégulièrement développé ; il ne se passe guère de mois où je n'aie l'occasion de le constater à la consultation annexée à mon service ».

La proportion des cas observés variera beaucoup suivant la façon dont sera appréciée la fluxion utérine ; tous les degrés existent entre une légère bosselure, ou même une simple zone de consistance différente au niveau de l'utérus gravide, et la fluxion utérine marquée simulant une tumeur annexée à l'utérus. Si à toute déformation légère siégeant dans la région d'un angle utérin, ou le long d'un bord de l'utérus comme Bonnaire (*) dit l'avoir observé, on donne le nom de grossesse angulaire, la proportion peut en devenir très élevée ; si l'on ne compte que les cas où la fluxion utérine est nettement marquée, simulant une tumeur juxta ou latéro-utérine, la proportion sera beaucoup moindre. Comme on peut voir toutes les formes intermédiaires entre ces deux groupes, la fréquence de la grossesse angulaire dépendra de l'appréciation des observateurs.

Constant (*) donne la statistique de la consultation des femmes enceintes à Alger. Sur 6.000 femmes examinées, 800 le

furent les trois premiers mois ; 25 grossesses angulaires furent observées chez des femmes ne présentant pas de troubles fonctionnels, sauf dans quelques cas de petites douleurs ou une légère gêne dans le bas-ventre.

Dans le service du Dr Thoyer-Rozat à la maternité de N.-D. du Bon-Secours à Paris, où les femmes enceintes sont presque toujours examinées dans les toutes premières semaines de leur gestation, puisqu'il est rare qu'une inscription soit faite après trois mois, sur 600 diagnostics de grossesse faits avant trois mois, cinq à six fois au cours de l'année les sages-femmes lui présentent de jeunes grossesses qu'elles considèrent comme douteuses au point de vue de l'implantation utérine ou extra-utérine de l'œuf. Il s'agit le plus souvent d'une grossesse angulaire. « Je considère, conclut le Dr Thoyer-Rozat, que les grossesses utérines angulaires susceptibles de faire commettre une erreur de diagnostic dans les premières semaines en faisant soupçonner la grossesse ectopique, sont assez rares, mais beaucoup moins que les grossesses ectopiques réelles. »

Le Dr Jean Quénu qui a opéré par erreur de diagnostic des grossesses angulaires, nous donne intégralement la statistique de son service de Bon-Secours, qui est un service de chirurgie non spécialisé. De 1925 à octobre 1935, sont opérées 57 grossesses tubaires, 1 grossesse interstitielle et 7 grossesses avec le diagnostic reconnu inexact de grossesse tubaire : l'une était une flexion en avant de l'utérus gravide, les six autres correspondaient à des grossesses dites angulaires, et pour l'une d'elles une radio ultérieure révéla qu'il s'agissait d'un utérus bifide.

Ces opinions nous font voir que la grossesse angulaire sera vue plus ou moins souvent suivant les conditions où l'on est appelé à examiner les femmes enceintes. Mais on peut penser que cette déformation de l'utérus gravide sera plus souvent remarquée quand elle sera mieux connue.

Etiologie

L'étiologie de la grossesse angulaire est toujours bien obscure et reste encore à l'étude.

a) Certains auteurs, Vineberg, Velluet, Shébat, insistent sur le rôle de la métrite de la cavité utérine ; l'œuf se niderait

de préférence à l'extrémité externe de la corne où la muqueuse moins touchée par l'inflammation serait plus propice à la greffe angulaire. Il y aurait là une certaine analogie avec les grossesses extra-utérines où la nidation tubaire se produit souvent chez des femmes ayant présenté des infections utéro-annexielles.

Les leucorrhées rebelles, les avortements spontanés, les accouchements prématurés, les curettages, les hémorragies au cours des grossesses antérieures, tous signes pouvant faire penser à une endométrite, ne nous paraissent pas particulièrement fréquents dans le passé gynécologique des femmes présentant une grossesse angulaire. Par contre dans un cas, une jeune femme qui semble avoir contracté une blennorrhagie à l'époque où elle a été fécondée, a présenté une grossesse en fluxion, vérifiée au cours d'une laparotomie :

b) D'autres auteurs pensent que certaines malformations utérines prédisposent à la grossesse angulaire ; certaines anomalies restent en effet assez souvent à l'origine de déformations utérines pendant la gestation, mais nous avons éliminé ces cas de la définition de la grossesse angulaire :

c) On a pensé que les plis longitudinaux de la muqueuse utérine qui siègent à l'angle de la corne pourraient retenir l'œuf et favoriser sa nidation à ce niveau. Nous sommes portés à croire que les troubles de la tonicité utérine jouent un rôle plus important. Une contraction du sphincter d'Arstam et Reinberg, ou même d'une zone moins limitée de la partie externe de la corne pourrait peut-être retenir et fixer l'œuf, dont le développement produirait une fluxion utérine à ce niveau.

Ce siège de l'œuf dans une région irritable de l'utérus, dans cette zone qui est le point de départ des contractions de la corne, ne serait-il pas susceptible de provoquer au niveau de cette corne des troubles de la tonicité suffisant à produire une déformation, souvent passagère à ce niveau ?

On peut penser en effet, que de simples troubles de la tonicité utérine, peuvent à la faveur d'une greffe angulaire de l'œuf, produire une tumeur utérine. La disparition sous les yeux de la fluxion utérine au cours d'une laparotomie, comme l'a observé Bernardbeig plaide en faveur de cette opinion, et les observations d'Ahlfield (*) (p. 113), de Bonafos, Magnol et Laffont (*), nous décrivant sur des corps utérins gravides la

production douloureuse d'une ou plusieurs tumeurs par contractions partielles du muscle utérin sont à ce sujet très suggestives.

Symptômes

Nous décrirons successivement les signes fonctionnels, les signes physiques de la grossesse angulaire et l'évolution normale sera déjà étudiée à l'occasion des divers symptômes.

1° SIGNES FONCTIONNELS

Beaucoup de grossesses dites angulaires ne présentent aucun symptôme fonctionnel, et l'on est amené à découvrir une tumeur latéro-utérine, l'expansion utérine, à l'occasion d'un examen fortuit ou chez une femme consultant par prudence dès le début de sa gestation. Dans plusieurs observations, de Bar (*), Budin (*), Mariette (*), la tumeur fut découverte dans ces conditions.

On peut penser que ces cas ne présentant aucun trouble fonctionnel sont les plus nombreux, souvent inobservés, et souvent non décrits. A côté de six observations d'Alger avec troubles fonctionnels que Constant a groupées, cet auteur a relevé, à la consultation des femmes enceintes vingt-cinq cas sans troubles fonctionnels, dont les observations n'ont pas été publiées. On pourrait donc considérer les divers troubles fonctionnels, hémorragies, douleurs, etc., comme des complications de la grossesse angulaire.

Comme c'est souvent à l'occasion de l'un de ces symptômes que le médecin est appelé en consultation et que nous les trouvons dans un très grand nombre des observations publiées, nous les décrirons, cette réserve faite, aux signes fonctionnels.

Nous ne ferons que rappeler ici les signes généraux du début de la grossesse, que l'on doit toujours rechercher systématiquement en cas de tumeur latéro ou juxta-utérine : la suppression des règles qu'il faut bien faire préciser par la femme, les modifications au niveau des seins, les petits signes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, etc.

Deux signes fonctionnels sont fréquents : les hémorragies et les douleurs. D'autres sont moins fréquents, ce sont des signes qui, joints aux précédents, simulent des troubles d'hémorragie interne ou de troubles péritonéaux ; il est capital de bien les connaître pour éviter dans la mesure du possible une erreur de diagnostic qui entraîne une intervention.

Hémorragies

Sur 84 observations que nous avons étudiées, nous notons 43 fois des hémorragies d'abondance très variable, 48 fois des douleurs, 30 fois des hémorragies et des douleurs. Ces hémorragies sont d'abondance très variable ; elles sont le plus souvent *peu abondantes*, ce sont de petits suintements minimes de sang rouge, parfois même l'expulsion d'un simple petit caillot (Obs. Turenne) ; d'autres fois, ce sont des pertes simplement sanguinolentes (Obs. Turenne), des stries sanguines accompagnant des pertes blanches ; on a noté des pertes chocolat, des pertes brunes régulières, des « eaux rousses ».

Dans d'autres observations, elles sont plus importantes, constituées par des pertes rouges continuelles, peu abondantes avec de petits caillots (Obs. Gill) — ou c'est une perte de sang durant cinq heures, suivies pendant cinq jours de pertes minimes tachant le linge.

C'est rarement une hémorragie abondante comme chez la malade de Peralta Ramos qui a cependant mené sa gestation à terme.

Ces hémorragies sont *capricieuses*, pouvant exister dès le début de la grossesse, mais survenant en général vers le deuxième, le troisième mois et ne durant guère plus d'une quinzaine de jours. Cette métrorragie peut être abondante, suivie de quelques petites pertes, ou au contraire de petites pertes rouges minimes peuvent précéder un écoulement abondant.

Elles *coexistent* souvent avec la douleur l'accompagnant ou la précédant, et sont presque toujours contemporaines de la tumeur, pouvant cependant disparaître après elle.

On a bien rarement vu ces hémorragies durer plus de quinze jours ; elles disparaissent en général vers le troisième, le quatrième mois en même temps que les divers symptômes de la grossesse angulaire. Cependant, dans un cas de Buffnoir,

l'hémorragie persiste deux mois de plus que la tumeur, à partir du quinzième jour cet écoulement jusque-là rouge, pâlit, brunît et tarit.

Ce n'est que bien rarement que l'hémorragie persistante s'accompagne d'anémie ; dans un cas, Wassilieff observa des signes d'hémorragie interne, lipothymies fréquentes, faiblesse croissante, accélération du pouls, abaissement de la température ; une autre de ses malades fit une syncope après une hémorragie importante.

La persistance de l'hémorragie, surtout lorsqu'elle est accompagnée de douleurs, doit faire craindre l'avortement et mettre en œuvre le traitement prophylactique : repos complet au lit, opium, belladone.

Ces hémorragies surviennent-elles de préférence aux périodes où seraient apparues les règles si la femme n'avait pas été enceinte ? Nous n'avons pas noté de troubles ou d'accidents spécialement à ces périodes, comme cela se produit volontiers dans les grossesses extra-utérines.

Dans six observations nous avons relevé des pertes blanches au début de la gestation ; ce symptôme n'est donc pas très fréquent et ne paraît pas spécial à la grossesse angulaire ; deux de ces cas ont présenté de petites hémorragies utérines avant ou après ces pertes.

Douleurs

Nous avons rencontré ce symptôme 48 fois sur 84 cas. S'il paraît le signe fonctionnel le plus fréquent, c'est qu'en réalité, on note parfois des réactions douloureuses peu marquées analogues à celles qui troublent le début des grossesses par ailleurs les plus normales et où le toucher ne révèle rien d'anormal du côté de l'utérus.

Les formes les plus variées de douleurs ont été rencontrées : lourdeur pénible dans le bas-ventre, douleur abdominale d'un côté de la tumeur, douleur rappelant celle des règles, c'est souvent une réaction douloureuse d'intensité très modérée, siégeant dans le bas-ventre ou l'abdomen du côté où l'examen montre la tumeur.

Elles peuvent être plus vives, ressemblant aux douleurs pénibles accompagnant les règles ou simulant les douleurs de

l'accouchement ou d'une fausse couche, à type de coliques utérines avec irradiations lointaines.

On rencontre aussi des douleurs *très intenses*, à début brusque siégeant d'un côté dans le bas-ventre ou la fosse iliaque ; on a vu la douleur à *début brutal* en coup de poignard accompagnée de nausées et d'état syncopal survenant dans un cas de Laffont au cours de la toilette du matin, ou subitement dans la nuit (Puech).

Cette douleur peut être si vive qu'elle s'accompagne d'un état syncopal, d'accélération du pouls, de vomissements.

Cette intensité de la douleur accompagnée souvent de pertes sanguines et jointe à l'existence d'une tumeur latéro-utérine fait porter le diagnostic de grossesse tubaire.

Signalons les formes intéressantes où la douleur siège à distance, dans l'épaule ou à une omoplate, précédée ou accompagnée de douleur dans le bas-ventre ou dans l'abdomen. Cette douleur haute semblable à celle que l'on observe parfois dans les grossesses extra-utérines et même dans la grossesse interstitielle (S. di Palma) pourra rendre le diagnostic délicat.

On a vu dans quelques cas la douleur *irradier* dans les lombes, au pli de l'aîne, à la face interne de la cuisse, au membre inférieur.

Ces douleurs paraissent le plus souvent spontanées ; elles peuvent être provoquées ou augmentées par le mouvement, par un voyage, par un examen ; ces douleurs spontanées, surtout quand elles sont vives, coïncident souvent avec une sensibilité très marquée de la tumeur à l'examen.

Nous avons déjà vu que douleurs et hémorragies sont souvent des symptômes associés qui existent à la période de la déformation utérine les trois premiers mois en général de la gestation ; il est rare, comme les autres symptômes, de l'observer encore au delà du quatrième mois. Cette douleur s'atténue en général pour disparaître, mais elle peut être plus tenace, surtout quand elle est très vive ; on l'a vue, assez rarement, disparaître ou s'atténuer puis réapparaître, réalisant une douleur par à-coups.

Dans un cas de douleurs extrêmement fortes, Kelly trouva à la laparotomie restée exploratrice, une zone de 3 cm $\times$ 3 cm où la distension était marquée à l'extrême. La distension peut sembler responsable de la douleur, mais d'autres observations nous font penser que les phénomènes de

contraction utérine sont peut-être plus souvent responsables de ces douleurs dont la pathogénie n'est pas encore bien connue.

Pour terminer ce chapitre, nous insisterons sur l'intensité des troubles fonctionnels qui rendent le diagnostic extrêmement difficile. Une douleur souvent intense, une hémorragie, une tumeur latéro-utérine chez une femme ayant un retard de règles, doivent faire penser à la possibilité d'une grossesse tubaire :

Dans un cas de Turenne, une nuit les douleurs deviennent très intenses et s'accompagnent de signes de légère irritation péritonéale : vomissements, défense musculaire, et l'on opère la malade.

Dans un cas de Fulconis et Shebat, « une primipare qui a eu ses dernières règles le 18 juillet et présentait tous les signes subjectifs de grossesse, voit apparaître, le 23 août, des douleurs dans la fosse iliaque gauche, irradiant vers la face interne de la cuisse et du côté de l'omoplate gauche. En même temps que ces douleurs, on constate l'existence de pertes rouges abondantes, sans apparition de phénomènes généraux graves, les pertes disparaissent au bout de trois jours. Tout semble rentrer dans l'ordre lorsque, le 5 septembre, les mêmes troubles réapparaissent : douleurs et hémorragies deviennent plus intenses ». Il existe une tumeur latéro-utérine et on pense à la grossesse extra-utérine. A l'intervention, on trouve une grossesse angulaire gauche.

Dans un autre cas de Shebat et Laffont, une jeune femme de 20 ans ayant un léger retard précédé d'une petite hémorragie, est prise le matin d'une douleur en coup de poignard dans le bas-ventre, accompagnée de petites nausées, d'un état syncopal alarmant ; elle fait une lipothymie et son faciès est pâle et anxieux. Le pouls a 100, la température à 37° et le soir, à son entrée à la clinique, le pouls est à 116, la température à 38°. En surveillant cette malade dans un milieu chirurgical, on put assister à la disparition progressive des divers symptômes et lui éviter une intervention.

Dans un cas de Brindeau, une femme chez qui il avait constaté, au toucher, l'existence de deux tumeurs accolées : l'une dure ressemblant à un utérus un peu gros, l'autre volumineuse, très molle, presque fluctuante, fut prise le lendemain de douleurs abdominales très vives et de vomissements ver-

dâtres. On l'opère pour une rupture tubaire et on trouve seulement un utérus irrégulier.

Pour conclure, nous dirons que la grossesse angulaire peut se présenter sous une forme aiguë pouvant simuler au plus haut point une grossesse tubaire dont on craint la rupture. *On doit cependant intervenir*, sans se laisser arrêter par la crainte d'une erreur de diagnostic. Il vaut mieux opérer inutilement une grossesse angulaire que de courir le risque de ne pas opérer ou d'opérer tardivement une grossesse tubaire rompue.

2° SIGNES PHYSIQUES

La description que nous allons donner des signes physiques sera utilement complétée par les constatations au cours de laparotomies qui feront l'objet d'un autre chapitre.

Les signes physiques varient suivant que l'on observe la femme plus ou moins près du début de sa gestation. Souvent, mais ceci n'est pas une règle générale, la tumeur est nettement marquée vers le deuxième et vers le troisième mois, pour disparaître plus ou moins rapidement vers la fin du troisième et au cours du quatrième mois.

Nous décrirons successivement l'utérus et la tumeur, bien qu'en réalité cette tumeur ne soit qu'une véritable expansion utérine.

L'utérus

Le col. — L'état du col n'est pas décrit dans beaucoup d'observations. Cependant si plusieurs fois on l'a trouvé ramolli, le signe semble manquer assez souvent comme dans les cas de Shebat et Ezes, de Villar, à 3 mois, 2 mois 1/2, où le col est dur, normal.

Bar a noté quelquefois l'absence du signe de Hegar, tandis qu'il trouvait à la jonction de la tumeur et de l'utérus une zone ramollie, un véritable signe de Hegar supérieur.

Le corps. — Les *dimensions* de l'utérus dépendent surtout de l'âge de la gestation. On peut le trouver un peu moins gros qu'un utérus gravide du même âge, surtout si la fluxion utérine acquiert un volume important ; en général, on remarque l'augmentation de volume de l'utérus au début de la gestation malgré l'existence de la tumeur.

La consistance du corps utérin est très variable, en général elle est dure, cette dureté étant appréciée par contraste avec la mollesse fréquente de la tumeur. Mais cette consistance utérine est *variable* : un jour elle est dure, rénitente, et la corne dilatée est molle ; à un examen suivant, les caractères sont inversés, la tumeur est dure et l'utérus paraît plus mou.

La situation de l'utérus reste en général médiane ; ce n'est que quand l'évolution de la grossesse angulaire se prolonge qu'il peut être dévié d'un côté. Dans quelques cas rares, l'utérus a versé en arrière.

La tumeur

Siège. — Elle siège au niveau d'un angle utérin, à peu près aussi souvent à droite qu'à gauche. C'est une tumeur latéro-utérine paraissant plus ou moins collée à l'utérus dans la région angulaire, pouvant déborder le long du bord latéral correspondant. Elle est assez souvent sur un plan un peu plus antérieur que l'utérus, ce siège antérieur est quelquefois difficile à apprécier, mais ce n'est pas un signe constant ; dans certains cas, elle bombe dans le cul-de-sac latéral, en général on peut sentir assez facilement sa partie inférieure par le toucher vaginal.

Le ligament rond. — On cherchera toujours à apprécier par le toucher vaginal le siège de son insertion, en dehors de la tumeur dans la grossesse angulaire, en dedans dans la grossesse tubaire ; si, chez une femme particulièrement maigre et souple, on a la chance de le sentir, c'est un élément précieux pour le diagnostic. Mais en général, ce signe est très rarement perçu à l'examen. Au cours d'une intervention, au contraire, il est facile de tendre le ligament rond pour voir où il s'insère et son insertion sur le pôle externe d'une tumeur latéro-utérine est d'une importance capitale pour le diagnostic et la conduite à tenir.

Volume. — Son volume est très variable suivant l'âge, la forme et l'évolution de la tumeur. Dans les cas les plus souvent observés au deuxième et au troisième mois, on lui a décrit le volume d'une noix, d'une mandarine, d'une orange. Ce n'est que bien rarement que l'on a vu la tumeur plus volumineuse,

et dans ces cas, elle se confondait déjà avec le reste du corps utérin.

Les schémas opératoires montrent bien les dimensions respectives de l'utérus et de la corne dilatée (fig. 12, 13, 14).

Sillon, mobilité. — Les caractères d'indépendance de l'utérus et de la tumeur seront appréciés par la recherche du sillon qui les sépare et par l'étude de leur mobilité relative.

On a décrit un sillon entre la tumeur et l'utérus qui fait croire à leur indépendance lorsqu'il est très marqué. Comme l'a remarqué Wassilieff, il s'agit souvent « plus d'une dépression molle entre les deux masses ; bref, si l'on considère l'œuf logé dans la corne dilatée, c'est un véritable signe de Hegar supérieur ».

Ce sillon peut être seulement apprécié par le palper abdominal, parfois il est mieux perçu au toucher vaginal, c'est rarement un sillon complet. Dans des cas assez fréquents, la tumeur, sans être séparée de l'utérus par un sillon, n'a pas de limite nette avec lui, mais on pourra mettre en évidence une certaine indépendance de la tumeur et de l'utérus par la recherche de leur mobilité relative. Souvent il est facile de mobiliser une tumeur molle sans beaucoup déplacer l'utérus.

Consistance. — Dans deux tiers des cas environ, la tumeur est de consistance molle ; dans les autres cas, elle est rénitente, élastique, même dure. On l'a rarement trouvée molle avec quelques zones dures et douloureuses.

Dans une observation de Douay, « on sent sur la corne gauche une masse arrondie, assez molle, indolore, présentant une mobilité relative sur l'utérus lui-même qui est dur et contracté. L'utérus est parfaitement mobile et la masse latérale suit les mouvements imprimés au corps utérin. On pense alors à une grossesse angulaire.

Un toucher fait le lendemain permet de trouver les modifications suivantes : la masse latérale est dure et contractée, le corps utérin est par comparaison plus mou que la masse latérale : cette constatation nous permet d'affirmer le diagnostic de grossesse angulaire ».

La tumeur, d'un examen à l'autre, change nettement de consistance ; de molle elle devient dure, et souvent l'utérus change de consistance aussi, ou semble changer de consis-

tance par comparaison. Ces *variations de consistance* constituent un des meilleurs signes.

Un autre signe fréquent, d'une importance capitale, c'est la *contraction de la tumeur* : la tumeur se contracte sous les doigts qui la palpent. *C'est la preuve que cette tumeur fait partie de l'utérus*. Cliniquement une trompe ne se contracte pas, même contenant un œuf ou un fœtus, elle n'a pas l'étoffe musculaire nécessaire à la contraction.

Dans le cas d'Abricossoff, on sentait la tumeur se durcir brusquement.

Dans un cas de Michon et Labry, au cours de l'examen on sent nettement des contractions utérines qui solidarisent à l'utérus une masse que l'on avait cru annexielle.

Dans le cas de Gonzalez, le corps utérin, augmenté de volume, entre en contraction avec la tumeur, ce qui permet de faire le diagnostic.

On peut soit sentir la tumeur se contracter isolément, soit sentir passer une onde de contraction dans la tumeur et l'utérus.

Ce signe, rarement décrit dans les observations, devra être cherché avec le plus grand soin, mais toujours avec douceur par crainte de rompre un sac de grossesse tubaire ; on prolongera ou on répétera l'examen pour avoir plus de chances de le trouver.

Evolution

La tumeur se confond de plus en plus avec l'utérus qui augmente de volume et, vers le troisième, plus rarement vers le quatrième mois, on ne trouve plus à l'examen qu'un utérus gravide, la tumeur a disparu et la gestation évolue normalement.

Voici comment se fait souvent cette transformation : à un premier examen, on trouve une corne molle séparée par un sillon, ou plutôt une zone de dépression d'un utérus de consistance plus ferme ; dans les semaines qui suivent, la séparation entre l'utérus et la tumeur tend progressivement à s'effacer, l'utérus se ramollit, et la tumeur se fond avec lui, il ne reste bientôt plus qu'une déformation de l'utérus au niveau où se trouvait la tumeur et rapidement l'utérus prend la forme globuleuse d'un utérus gravide normal. Ces transformations



FIG. 9. — Etats successifs du développement d'une grossesse angulaire droite (Piscacek).

sont schématisées dans un dessin de Piscacek que nous reproduisons (fig. 9).

Beaucoup de ces grossesses ont été suivies régulièrement jusqu'à l'accouchement et l'utérus a toujours conservé une forme régulière, arrondie et symétrique.

Un autre mode d'évolution de cette tumeur est sa disparition beaucoup plus rapide :

Dans un cas de Bar, vu à 1 mois 1/2, une grosse corne droite très allongée avait complètement disparu à un second examen, quinze jours après.

Dans un cas de Michon et Labry, où l'on avait constaté à côté d'un utérus gros avec un col ramolli, une tumeur juxta-utérine du volume d'une mandarine, en imposant pour une tumeur annexielle, on ne trouvait plus, dix jours après, qu'un utérus gravide normal.

Chez une femme enceinte de 2 mois 1/2, observée par Caubet (obs. citée *in* thèse de Batz), la tumeur, du volume d'un gros marron séparée de l'utérus par un sillon, disparut en quelques jours, tandis que la malade était placée dans une clinique en vue d'une intervention possible.

Chez une malade d'Audebert et Dambrin, une tumeur latéro-utérine du volume d'un œuf n'est pas retrouvée deux jours après à un dernier examen sur la table opératoire.

Dans une observation de Rivière (obs. *in* thèse de Batz), la tumeur persiste et est encore sentie le matin du jour où devait avoir lieu une consultation ; le soir, à cette consultation, la corne droite, auparavant si saillante, s'est fondue dans la masse, et l'utérus a pris une forme gravide normale.



FIG. 10. — Grossesse angulaire droite (3^e mois). Laparotomie ; réduction spontanée du spasme. Accouchement normal (Bernardbeig).

Plusieurs fois on n'a pas retrouvé à l'intervention une tumeur constatée à plusieurs examens antérieurs. Et une fois, Bernardbeig a vu, au cours d'une laparotomie sous rachianesthésie, une grossesse angulaire réintégrer sous ses yeux l'utérus qui prit une forme globulaire normale.

Il sera donc prudent, si l'on a quelque doute, de toujours réexaminer ces femmes avant d'intervenir, et même pendant l'anesthésie ; et si l'on a la bonne fortune de ne plus trouver la tumeur, on peut éviter une laparotomie inutile.

Nous terminerons ce chapitre en reproduisant une radiographie unique, croyons-nous, se rapportant à une grossesse angulaire, à laquelle nous joignons une image de gestation utérine normale à peu près du même âge (qui a été faite par erreur de diagnostic). Nous donnons ces clichés à titre documentaire, car tout examen intra-utérin paraît nettement contre-indiqué dès que l'on soupçonne une gestation (fig. 10 et 11).



FIG. 11. — Grossesse normale au 3^e mois environ.

CONSTATATIONS OPÉRATOIRES

Avant de passer à l'étude des complications, nous allons faire un exposé d'ensemble des constatations faites par les chirurgiens au cours de diverses interventions pratiquées dans des cas de grossesse angulaire. Cela constituera l'anatomie pathologique de la question, qui sera complétée au chapitre de l'avortement par l'étude de quelques produits d'expulsion.

Sur 93 observations réunies, 37 femmes furent opérées. Quatre fois on a constaté un utérus gravide normal de

3 mois 1/2, dans deux cas de 4 mois, dans un cas l'âge n'est pas rapporté. Nous ne croyons pas à une erreur de diagnostic : trois de ces femmes avaient été observées plusieurs fois avant l'intervention. Nous savons que la fluxion angulaire peut disparaître très vite et Bernardbeig vit une grossesse angulaire se réduire spontanément sous ses yeux pendant une laparotomie exploratrice faite sous rachi-anesthésie. Kreis écrit qu'il a observé un fait semblable avec Shickelé en 1925. Ces observations sont à rapprocher de celle de Desnoyers où la réduction se fit après l'hystérectomie sur la pièce concernant, il est vrai, un utérus cordiforme.

Deux fois l'intervention fut pratiquée en dehors du médecin traitant qui apprit cependant qu'elle confirmait son diagnostic : on a donc pu trouver soit un utérus gravide normal, soit une fluxion utérine.

Dans les 29 autres cas, on a trouvé une grossesse en fluxion, et plusieurs fois on a pu voir le siège de l'œuf :

Au cours de deux laparotomies, l'œuf est extrait de la fluxion utérine (Kreis, J. Quénu).

Dans l'observation de Desnoyers, où l'on pratique l'hystérectomie, l'œuf siégeait entièrement dans la corne gauche et le placenta était inséré à l'extrémité de cette corne ; c'était, il est vrai, un utérus bicorne avec éperon.

Gonzalez (*) pratiquant une césarienne à la fin d'une grossesse angulaire, trouve le placenta entièrement logé dans la corne droite.

On retrouve, à l'intervention, la forme de la tumeur décrite à l'examen clinique : c'est une grossesse en fluxion dont quelques schémas donnent une idée plus exacte qu'une longue description. Nous voyons que le schéma I, qui correspond à une gestation de trois mois et demi environ, ressemble beaucoup au schéma de Bar, fait d'après un examen clinique (fig. 18).

Plus rarement cette fluxion donne à l'utérus un aspect bilobé, comme dans un cas de J. Quénu, correspondant au schéma II.

Dans une gestation au 3^e mois (Mariette) dont l'amplication du bord droit contenait l'œuf, « l'utérus gravide était nettement bilobé, comme ratatiné avec ensellure, encoche ou sillon vertical manifeste ».

Cullen (*) nous dit qu'il a vu un utérus kystique dans

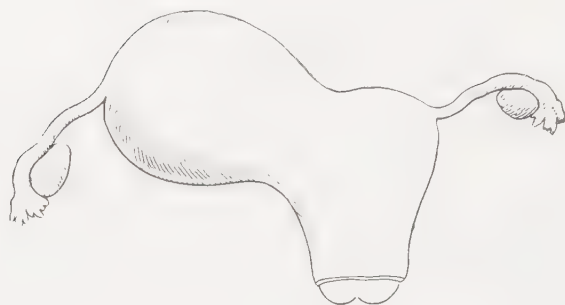


FIG. 12. — Trois aspects de la fluxion angulaire observés au cours de laparotomies. Schéma I
J. Quénu, Obs. R., p. 104

sa partie droite, avec un sillon entre les deux moitiés jusqu'au col.

On peut se demander si cette déformation est simplement due à l'insertion de l'œuf et aux modifications de la tonicité utérine, ou s'il n'y a pas en plus une anomalie utérine.

En regardant le schéma III, nous voyons que la déformation peut siéger sur le côté et aussi au-dessus de l'utérus, comme Douay le rapporte dans une de ses observations. Cette disposition de la fluxion par rapport au reste de l'utérus, qui n'a pas été décrite souvent, nous permet de mieux comprendre le nom de « apical pregnancy » donné par Kelly à ces grossesses en fluxion.

Nous avons vu dans la description clinique que la fluxion siégeait plutôt en avant, mais ce n'est pas là un caractère constant, et J. Quénu l'a trouvée une fois à droite et en arrière.



FIG. 13. — Schéma II (J. Quénu, Obs. Du..., p. 103).

Le siège du ligament rond et de la trompe n'est pas souvent indiqué ; on peut penser qu'ils s'insèrent en dehors de la tumeur. Cependant, dans deux cas de Kreis et de Zarate, les ligaments ronds ne siégeaient pas en dehors de la tumeur. Ce sont là des faits exceptionnels qui montrent bien que le signe n'est pas absolu.

L'épaisseur de l'utérus au niveau de la fluxion est variable.

Chez sa malade enceinte de 2 mois, Kreis, qui croyait à une grossesse interstitielle, fit une excision de la corne, et ses parois étaient uniformément hypertrophiées ; par contre, Guyot et Mailhe ont trouvé une tumeur à parois très vascularisées et amincies.

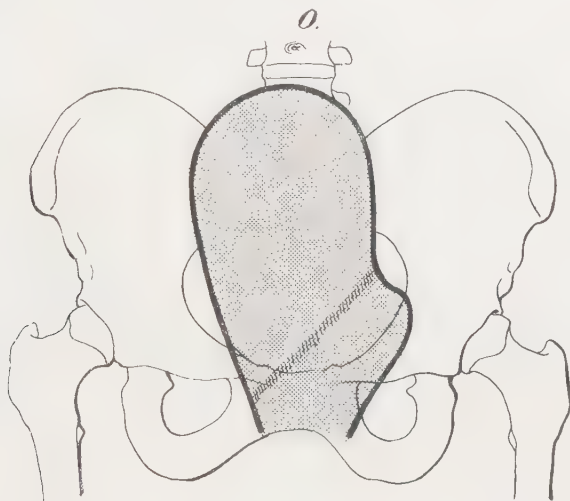


FIG. 14. — Schéma III (Turenne, Obs. F. de P., p. 108). O — Omphile.

Turenne constate au 4^e mois d'une grossesse une corne gauche volumineuse de parois minces, de couleur violacée, et, dans un autre cas, à 3 mois 1/2, une corne droite distendue et fluctuante de la grosseur d'un œuf d'autruche, le reste de l'utérus ayant la consistance d'un utérus gravide normal. (Schéma III.)

Kelly trouve au niveau d'un grand sac rougeâtre, faisant saillie de la corne gauche, mou et fluctuant, une zone en avant et en haut de 3 cm $\times$ 3 cm, si mince qu'elle était presque transparente, et il décida de provoquer un avortement.

Cette consistance kystique, fluctuante, n'est pas toujours trouvée dans ces cas de distension ; ainsi Turenne décrit un utérus gravide de 4 à 5 mois irrégulier, de consistance kystique dans sa plus grande partie, sauf dans sa corne gauche, qui donne l'impression d'une masse musculaire dans laquelle il n'est pas possible de percevoir de liquide en quantité appréciable.

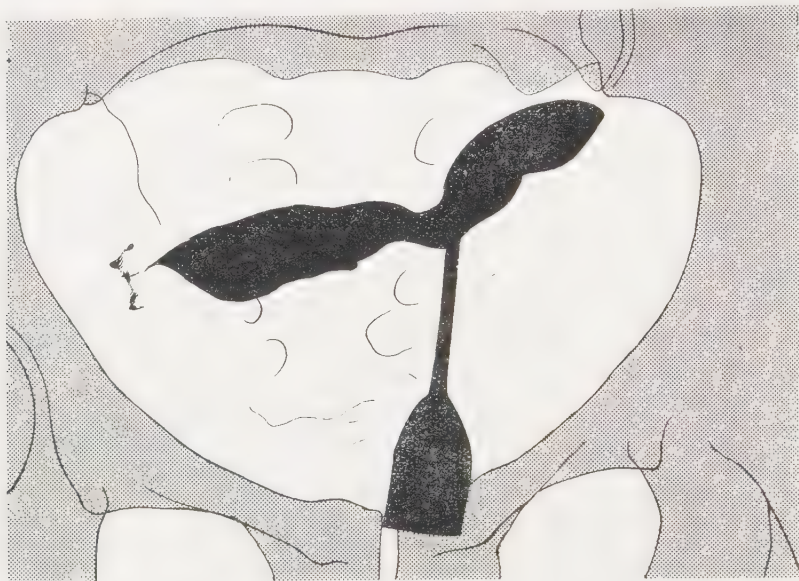


FIG. 15. — Grossesse en fluxion vérifiée à la laparotomie (Cf. fig. n° 12, Schéma I). Image de la cavité utérine quelques mois après.

Le sillon est parfois très marqué : on a pu constater sous les doigts le signe de Hegar supérieur entre la tumeur et le reste de l'utérus : dans une observation de Turenne, tumeur et utérus sont séparés par un sillon, « dont on peut mettre en contact les parois antérieure et postérieure ; dans une autre observation, le ramollissement de la zone de séparation est telle « qu'il la pince entre les deux doigts à la façon d'un pédicule ».

Ce ramollissement, cette pédiculisation peuvent être si prononcés que dans un cas de Zarate la tumeur de la corne pédiculisée recouvre l'utérus, et dans un cas de Ricard et Sire-

dey, la corne utérine gauche très distendue et globuleuse s'était repliée comme autour d'une charnière et était enclavée dans le Douglas.

Signalons les associations pathologiques vérifiées au cours de l'intervention : trois fois un kyste de l'ovaire, une fois des formations kystiques inflammatoires du Douglas.

Nous compléterons cette étude anatomique par la description de deux cas rares qui correspondent à une évolution exceptionnelle.



FIG. 16. — Grossesse ayant évolué jusqu'au voisinage du terme dans la corne qui s'est dilatée sans se rompre. Foetus mort (T. Hull).

Le premier concerne une observation de Villard d'une ancienne grossesse avec œuf mort, développée dans une corne, simulant une tumeur latéro-utérine ; le diagnostic complet et exact ne fut fait qu'en cours d'hystérectomie : dans un utérus fibromateux il existe, à l'angle supéro-latéral gauche, une tuméfaction de couleur brune, située en pleine corne utérine ; l'examen de la pièce montre une poche fœtale au niveau de la corne utérine surplombant le fond de la matrice à la manière

d'un champignon et renfermant un lithopédion ; la trompe du même côté était distendue par un épanchement hydrohémalique.

Le deuxième est une observation de T. Hull (*). On trouve dans le côté droit de l'abdomen un large sac paraissant séparé

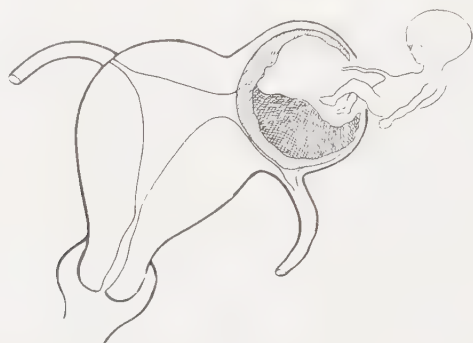


FIG. 17. — Grossesse vraisemblablement interstitielle rompue au 3^e mois au niveau d'un angle utérin (G. Laloux et H. Keiffer, *Bull. de la Société belge de Gyn. et d'Obs.*, 1925).

de l'utérus. Après incision, on en extrait un fœtus mort et partiellement macéré de 4 kg 500 et on pratique l'hystérectomie. L'utérus, dans son ensemble, correspondait à un utérus à grossesse à terme. Il comprenait une cavité supérieure droite qui contenait le fœtus. Cette cavité, doublée entièrement de caduque, ayant à sa base un placenta, correspondait à la corne utérine droite dilatée (fig. 16).

Bien que T. Hull publie cette observation sous le titre de grossesse utéro-interstitielle à terme sans rupture, il nous semble, d'après la figure et l'examen anatomique complet, qu'il s'agit plutôt d'une grossesse intra-utérine angulaire, ayant évolué à terme en distendant la corne gravide, qui n'a pas été rompue.

Remarquons que dans cette évolution exceptionnelle de la grossesse angulaire, le ligament rond se trouve à distance de la trompe sur un niveau au-dessous d'elle ; on comprend un tel déplacement à la faveur d'une distension si considérable.

Enfin deux laparotomies concernent des grossesses gemellaires. Dans l'une (Wassilieff) on trouve à trois mois une grossesse double, une dans chaque corne de l'utérus qui présente une mollesse extraordinaire. Quand peu de temps après, en raison de l'état de la malade, il pratiqua un avortement, l'auteur ne vérifie point l'insertion placentaire après l'expulsion des deux fœtus, mais plusieurs examens ultérieurs lui permettent d'affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un utérus bicorne.

Dans l'autre (Gaussel), on crut à une grossesse extra-utérine et la laparotomie permit de reconnaître qu'on se trouvait en présence d'une grossesse angulaire. Deux mois environ après se produisit un accouchement prématuré de 2 garçons qui ont vécu quelques heures.

On peut se demander si, dans ces cas, les déformations de l'utérus ne constituent pas un mode d'adaptation à une grossesse gémellaire.

ÉVOLUTION

Nous avons déjà étudié l'évolution de la grossesse angulaire au cours de la symptomatologie. Nous avons vu que vers le deuxième ou le troisième mois, la fluxion utérine se résorbait sans laisser de traces tandis que les derniers signes fonctionnels disparaissaient. C'est, en effet, l'évolution la plus fréquente, et la grossesse évolue alors normalement à terme.

Mais parfois il y a des complications : un avortement peut interrompre cette gestation ; la rupture de l'utérus ne nous paraît pas exister dans la grossesse angulaire.

L'accouchement semble se produire normalement dans les cas évoluant à terme. Les présentations vicieuses que l'on a signalées sont rares, et paraissent appartenir à des cas d'utérus malformés.

Par contre, à la délivrance, tous les auteurs ont signalé la possibilité d'enchatonnement du placenta.

Nous allons terminer l'histoire de l'évolution de la grossesse angulaire en étudiant l'avortement, l'enchatonnement du placenta et, dans un dernier chapitre, nous discuterons la question de la rupture de l'utérus que l'on a attribuée, dans quelques cas, à la grossesse angulaire.

Avortement

Nous pensons qu'il est tout indiqué de décrire à ce chapitre avec quelques détails les divers placentas observés, en complétant ainsi les données de l'anatomie pathologique déjà étudiée aux « constatations opératoires ».

L'avortement est une complication assez fréquente de la grossesse angulaire que nous relevons plus d'une fois sur dix dans les observations que nous avons étudiées.

Nous allons donner d'abord une étude clinique de l'avortement avant de préciser ses causes qui seront recherchées à la fin de ce chapitre.

Cet accident survient plus souvent au début de la grossesse au cours des deuxième et troisième mois, on a pu le voir à 4 mois et demi, deux fois à 5 mois, une fois à 6 mois, alors que l'utérus avait déjà repris sa forme normale.

L'avortement peut se produire inopinément, tandis que rien ne le faisait présager, mais souvent l'intensité des troubles fonctionnels ou leur persistance l'ont précédé :

Dans un cas de Brindeau, l'intensité des troubles fonctionnels était telle que l'on pensait à une rupture tubaire ; une laparotomie qui ne fut qu'exploratrice, fut suivie quelques jours après d'une expulsion de l'œuf.

Dans l'observation de Fournier, la malade continue à souffrir et à perdre du sang jusqu'à l'expulsion d'un fœtus de 5 mois, tandis que la tumeur avait déjà commencé antérieurement à réintégrer l'utérus.

Dans un cas de Michon et Labry, la tumeur avait disparu à 2 mois et demi environ, mais les pertes rouges continuent avec quelques petits caillots le 8 et le 12 décembre et, le 15 décembre, se produit la fausse couche.

Dans un autre cas des mêmes auteurs, où les signes fonctionnels avaient été assez marqués, la masse para-utérine droite disparut, la grossesse parut normale, et cependant la malade avorta quinze jours après avoir quitté l'hôpital.

Une laparotomie exploratrice peut-elle provoquer l'avortement ?

Nous avons cité le cas de Brindeau, où l'avortement survint quelques jours après l'intervention ; mais les troubles fonctionnels qui avaient paru intenses auraient pu suffire à le provoquer. Dans un cas de Kerr et Anderson, la femme opérée fait une congestion pulmonaire et avorte le surlendemain, mais la malade semble avoir déjà rompu ses membranes avant l'intervention. Dans un cas de Gill, un avortement spontané survint 9 jours après l'intervention. Dans un cas de J. Quénu, la femme se met à reperdre du sang le lendemain de l'opération et fit une fausse couche quelque temps après. Dans 23 cas, la laparotomie exploratrice n'a modifié en rien l'évolution de la grossesse angulaire qui a pu être suivie de nombreuses fois jusqu'à terme.

Il ne semble pas qu'une laparotomie, même purement exploratrice, soit absolument sans danger pour la vie de l'œuf, mais le risque opératoire ne nous paraît pas très grand.

Étudions le produit de l'avortement.

Nous avons déjà cité le cas de Bar d'une grossesse en fluxion à 2 mois et demi et qui avorte au 3^e mois, sans cause appréciable. « La caduque forme un sac rupturé en haut et à droite. En bas, on voit un prolongement décidual qui s'avan-

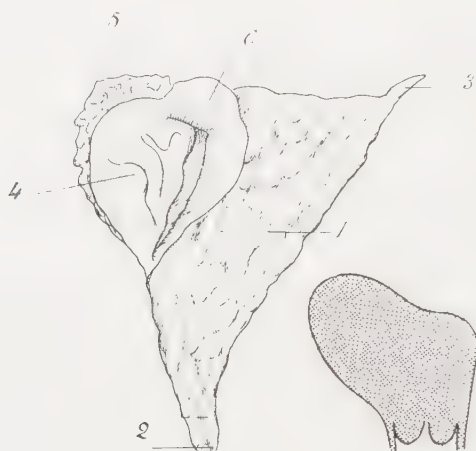


FIG. 18. — Sac décidual expulsé à 2 mois 1/2 d'une grossesse (vue antérieure).

1) Caduque face utérine ; 2) prolongement vers le col ; 3) fin prolongement vers la trompe gauche ; 4) caduque réfléchie ; 5) placenta ; 6) lambeau de caduque relevé afin de laisser voir la caduque réfléchie, plissée qui recouvre l'œuf.

Remarquer le fin prolongement en 3 vers l'ostium tubae.

A droite aspect de l'utérus en fluxion à un examen pratiqué un mois avant (Bar).

çait dans la partie de l'utérus qui fut devenue le segment inférieur. En haut et à gauche, se trouve un fin prolongement qui s'enfonçait vers l'ostium tubae. Le sac est élargi et, si l'on relève le lambeau de la face antérieure, on voit la caduque plissée. L'œuf s'est greffé dans cet angle. J'ai pu m'assurer, en faisant une coupe de cette région, que cette caduque plissée et déteinte, moins foncée, était l'œuf. » (Fig. 18.)

Dans un cas de J. M. Munro-Kerr qu'il a publié en 1907,

l'avortement s'est fait en deux temps : une caduque complète amputée d'une petite portion correspondant à un angle fut d'abord éliminée ; deux jours après apparut le reste de la caduque auquel était attaché l'œuf, et c'est à ce moment que disparut la fluxion de la corne gauche.

Remy (*) a eu deux fois l'occasion d'examiner un produit d'avortement du même type. Le premier concernait une femme dont les dernières règles datent de deux mois. La pièce se compose de deux parties accolées :

a) L'une, volumineuse, est une caduque représentant le moule de la cavité utérine, sorte de sac large en haut, ouvert en bas, dont la paroi à face externe villeuse (examen sous l'eau) a 6 à 8 millimètres d'épaisseur. La section montre une cavité vide avec une face interne lisse absolument intacte ; cette face interne présente de petits épanchements sanguins sur certains points, la poche est absolument intacte sans aucune déchirure.

b) Accolée à l'angle supérieur gauche de la caduque, se trouve une petite poche de la grosseur d'une noix, ayant une mince membrane caduque, et dans le liquide de la poche, on trouve un petit embryon flétri, mollasse, presque déliquescent ; c'était un œuf de un mois environ.

La seconde pièce fut éliminée par une primigeste, enceinte de deux mois et demi. Elle était composée de deux portions : d'une part, un gros sac de caduque dont la paroi mesurait 7 à 8 millimètres d'épaisseur, donnant exactement le moule de la cavité utérine, d'autre part, à l'un de ses angles, un second sac beaucoup plus petit que le premier, communiquant avec celui-ci par un pertuis assez large, dirigé horizontalement par rapport à la direction verticale de l'autre sac, tapissé en dedans par une membrane amniotique, recouvert du côté externe d'un chevelu de villosités ; c'étaient donc les membranes d'un œuf développé dans une corne utérine, à côté d'un sac de caduque qui formait la tapisserie de la cavité utérine, le contenu de la poche gravidique avait dû s'échapper par l'orifice de communication.

Bonnet-Laborderie (*) a présenté, en 1910, à la réunion obstétricale de Montpellier, le produit d'un avortement à 9 semaines, constitué par une caduque, véritable moulage de la cavité utérine, dont la corne gauche était beaucoup plus développée que la droite, et contenait un œuf avec ses membranes :

« Bien que la femme n'aie pas été suivie, il s'agissait du produit d'avortement d'une grossesse angulaire. »

Cette description un peu détaillée de ces produits d'avortement nous prouve que, dans un certain nombre de cas, l'œuf siège bien au début de la gestation au niveau de l'angle de la corne primitivement déformée.

Il existe bien dans les grossesses angulaires, une greffe de l'œuf dans la région de l'angle de la corne, dans un certain nombre de cas, même si quelquefois l'insertion a pu se faire ailleurs, comme dans le cas rapporté par Couvelaire, où le placenta s'insérait sur la face latérale.

Un point qui n'est nullement démontré, c'est la greffe au début *au niveau de l'ostium uterinum* ou *dans son proche voisinage*, ce siège d'insertion constituant une forme intermédiaire entre les grossesses interstitielles et les grossesses utérines. Aucun élément d'ordre anatomique ou clinique ne permet de situer la greffe de l'œuf au niveau même de l'orifice interne de la trompe.

L'œuf peut-il se nider au niveau de l'antra prétubaire, c'est-à-dire en dehors du sphincter angulaire de la corne de Arnstam et Reinberg, dont la contraction ou le spasme, plus marqué peut-être à la période du cycle menstruel où la femme peut être fécondée, aurait tendance à retenir l'œuf dans cette courte portion extrasphinctérienne de la corne, comprise entre ce sphincter et l'ostium tubae ? C'est un point qui, actuellement, n'est pas encore élucidé.

De l'histoire de ces avortements, quelques faits encore méritent de retenir notre attention :

a) Après l'avortement, quand la tumeur existait encore, celle-ci disparaît et l'utérus recouvre une forme normale. C'est ce qui s'est produit dans le cas de Graham rapporté en 1878 ; dans le cas de Rivière, où la tumeur disparaît le lendemain de l'examen après un avortement de trois mois environ ; dans le cas de Kerr, le retour de l'utérus à une forme normale se produit après l'expulsion de l'œuf ;

b) Après l'avortement, on peut aller détacher dans la corne tout ou partie du placenta.

Dans une observation de Michon et Labry, où la malade a fait une fausse couche de deux mois et demi provoquée par une injection intra-utérine, à une vérification intra-utérine

faite le lendemain, on trouve au fond de la corne gauche un fragment placentaire que l'on décolle par curage digital ;

c) Après l'avortement, on peut assister à une rétention placentaire dans la corne allant même jusqu'à l'enchâtonnement du placenta :

Dans le cas de H. Grad, 48 heures après l'avortement, on explore sous anesthésie la cavité utérine, la corne gauche est dilatée et on extrait les membranes. Une nouvelle exploration peu après montre une cavité utérine de forme normale.

Dans l'observation de Daverne, où l'utérus est constitué par deux masses, l'une médiane dure, à la droite de laquelle on sent une masse molle moins dure, anté-utérine et qui ne paraît pas faire corps avec l'utérus, il se produit au 6^e mois un avortement d'un fœtus mort depuis 4 ou 5 jours, « la délivrance ensuite se fait attendre : au bout d'une heure, ne voyant rien venir, je fais un toucher intra-utérin, mais me guidant sur le cordon, j'arrive à une sorte de pertuis qui communique sur la seconde masse, formant comme une arrière cavité où va se loger le délivre. Il y avait enchâtonnement du placenta dû à la nidation primitive et défectueuse de l'œuf dans la corne droite » :

d) Le placenta peut être retenu après avortement par une contraction limitée *en cadre* de la corne utérine.

Il semble, d'après les faits qui vont suivre, que cette contraction existe aussi avant l'avortement et maintienne l'œuf logé dans la corne :

Dans une observation de Schumann, où l'on explore la cavité utérine sous anesthésie, on trouve la masse tumorale que l'on craignait être une grossesse extra-utérine dans la corne droite, proéminent dans la cavité utérine vide ; la tumeur est séparée de celle-ci par un « diaphragme perforé » de dilatation facile, on extrait l'œuf de quatre mois, et l'on constate l'existence d'un prolongement latéral de la cavité utérine, avec un *cadre* entre les deux cavités.

Turenne, chez une de ses malades, put observer qu'un curettage fait à deux mois et demi par un médecin qui avait cru à un avortement à cause de la perte d'un petit caillot, n'arrêta pas l'évolution d'une grossesse angulaire droite.

Chez une femme ayant des hémorragies et une tumeur à un angle utérin, curettée par un médecin soigneux et compétent, Peralta Ramos élimina de ce fait la grossesse angulaire,

et opéra avec le diagnostic de grossesse extra-utérine : il eut la surprise de trouver développée dans l'angle une grossesse angulaire qui fut menée à terme.

On peut aussi penser qu'une contraction de l'utérus en dedans de l'œuf développé dans la corne, a mis celui-ci à l'abri de la curette en le protégeant par un diaphragme musculaire très serré.

L'œuf ainsi maintenu en dehors du centre de la cavité utérine, on comprend que des hystérométries n'aient pas provoqué l'avortement.

Dans un cas de Zarate, l'hystérométrie fut faite au 3^e mois d'une grossesse angulaire, que l'on vit quelques jours plus tard au cours d'une laparotomie : la tumeur kystique était comme pédiculisée, ce qui explique l'innocuité de l'hystérométrie. La gestation fut menée à terme.

Chez une femme enceinte de deux mois et demi, qu'observa Garrigue en 1885, une sonde est introduite dans l'utérus et pénètre de 3,5 pouces. Malgré cette épreuve et des séances d'électricité faradique, la grossesse évolue jusqu'à la fin du 7^e mois, où elle se termine par un accouchement prématuré avec mort du fœtus.

Nous signalerons à titre historique, qu'un des moyens anciens de s'assurer de l'existence d'une grossesse extra-utérine était d'introduire dans la cavité utérine une sonde que l'on tournait avec le manche : si la femme n'avortait pas, on pouvait penser que l'œuf était en dehors de l'utérus. Dans plusieurs observations, ce procédé s'est révélé infidèle et l'on a pu assister à l'évolution de la grossesse utérine menée à terme. (Obs. Tédénat, 1893.)

Puech, Bar, Velluet et d'autres auteurs après eux se sont demandés si un certain nombre d'avortements de cause inconnue et inexpliqué ne se produisent pas au début de grossesses angulaires, n'ayant déterminé aucune manifestation morbide et passées inaperçues.

Cette question n'est pas résolue.

CAUSES DE L'AVORTEMENT. TRAITEMENT PRÉVENTIF

Des causes diverses ont été invoquées suivant les auteurs.

Pour Bar, l'œuf se greffe au niveau de l'angle dans une « zone maigre » de la muqueuse, moins épaisse, moins vasculaire.

larisée et, dans les cas les moins favorables, impropre à son développement ; les placentas vicieux : placentas bordés, en limande, que l'on a observés dans quelques grossesses angulaires seraient en faveur de cette théorie ; ces placentas analogues à certains placentas praevias chercheraient à s'étaler pour trouver une muqueuse qui convienne à leur vascularisation et leur permette d'assurer leur fonction de nutrition.

Bayer (*) donne une explication mécanique de l'avortement : la corne gravidique se développe très vite, peut-être plus vite que le placenta, d'où décollement de l'œuf, comme le prouvent les hémorragies rétro-placentaires.

Devraigne (*) pense qu'en plus de ces causes les fonctions glandulaires du placenta peuvent être mal assurées et insuffisantes quand celui-ci s'insère dans une corne, et l'œuf s'atrophie et se décolle.

Vineberg et Constant attachent à l'existence d'une endométrite antérieure un rôle prédominant.

Nous pensons que la cause de ces avortements est encore mal connue. Remarquons qu'ils sont moins fréquents qu'on ne l'avait cru, et que toutes les causes d'ordre général ou local peuvent exister : l'existence d'une muqueuse malade peut être invoquée. Quant à l'existence d'hémorragies rétro-placentaires, nous ne l'avons rencontrée que deux fois. Nous pensons, par contre, que les troubles de la tonicité utérine dont nous avons vu la fréquence et l'intensité, *les contractions* de l'utérus et en particulier de la corne gravidique peuvent jouer un rôle important, en faisant souffrir l'œuf, et même en l'expulsant.

Aussi quand on craint l'avortement, sera-t-il bon d'instituer *le traitement* suivant : mettre la femme au repos complet au lit et lui administrer de la belladone et de la morphine pour diminuer l'irritabilité de son utérus.

Enchatonnement du placenta

On a considéré comme assez fréquente cette complication à la fin de la grossesse angulaire. Sur un total de 39 accouchements mentionnés dans les observations étudiées, nous avons noté :

34 accouchements sans complication notée pour la déli-

vance ; 1 accouchement où le placenta fut trouvé légèrement *bordé* (Puech) ; 1 accouchement où, *immédiatement après l'expulsion du fœtus*, Puech va chercher le placenta situé dans la corne, dans une arrière-boutique dont il franchit facilement l'entrée ; un accouchement (Abricossoff) où l'on dut détacher à la main quelques membranes restées dans la cavité utérine ; et enfin deux cas seulement d'enchatonnement nettement caractérisés.

Au total, nous relevons exactement deux fois cette complication sur 40 accouchements, *soit une proportion de 5 %*.

Nous pensons que pour établir une proportion exacte d'enchatonnement dans la grossesse dite angulaire, nous devons seulement compter les cas où cette complication a été nettement caractérisée ; nous arrivons à trouver une proportion plus faible que les auteurs ayant étudié la question ; nous préciserons plus loin que l'enchatonnement se voit en dehors de la grossesse angulaire, et que la seule constatation de cette complication ne permet nullement de faire un diagnostic rétrospectif de grossesse dite angulaire. Tout ceci nous explique qu'on ait pu croire plus fréquente cette complication.

En étudiant l'avortement, nous avons vu que dans plusieurs cas, on a détaché du placenta au niveau d'une corne, mais nous n'avons noté qu'une fois un véritable enchatonnement. (Obs. de H. Grad.)

Remarquons qu'après l'accouchement comme après l'avortement, on a pu s'assurer, en explorant à la main la cavité utérine, que le placenta s'insérait bien au niveau d'une corne utérine.

Puech (*), après un accouchement sans incident d'une grossesse qui avait présenté à son début une inégalité de la corne droite, « introduisit une main dans l'utérus *aussitôt* que le fœtus fut expulsé, pour se rendre compte du lieu d'insertion du placenta. Après avoir franchi l'anneau de Bandl, sa main trouva le placenta logé dans une sorte d'arrière-boutique au niveau de l'angle droit de l'utérus ».

D'après ce récit même, il n'y a pas ici enchatonnement du placenta. Celui-ci est simplement inséré au niveau d'une corne. Ce siège d'insertion est encore mieux montré par l'enchatonnement à ce niveau dont nous allons rapporter deux observations.

Dans le cas de Coll de Carrera : « Après l'accouchement, l'utérus, à la faveur de sa rétraction, reprend sa forme irrégulière du début de la grossesse, la corne droite demeurant dilatée et molle au-dessus de la masse utérine principale bien rétractée. En l'absence de toute hémorragie, l'expectation est prolongée pendant une heure, au bout de laquelle on fait la délivrance artificielle, celle-ci confirme le diagnostic d'enchatonnement partiel dans la corne droite, une portion du délivre étant demeurée partiellement adhérente dans une arrière-boutique séparée du reste de la cavité utérine par un anneau de striction qui rend la manœuvre difficile. Le placenta extrait pèse 460 gr et, particularité intéressante, sa forme est irrégulière, festonnée : il est mince, étalé, affectant le type *en limande* du placenta praevia. »

Dans le cas de Fulconis et Shebat, il y a à la fois enchatonnement du placenta et adhérence intime du placenta à l'utérus : après extraction au forceps d'un enfant vivant de 3 k 900, « on attend patiemment la délivrance mais en vain, malgré quelques tractions sur le cordon et expression sur le fond utérin ; on perçoit par la palpation abdominale un utérus irrégulièrement dévoloppé, présentant une fluxion à droite.

» Dix heures après l'extraction du fœtus, on tente une délivrance artificielle. On est considérablement gêné par une véritable incarceration du placenta dans la corne utérine droite, que l'on arrive à réduire. L'extraction du placenta est rendue difficile par le *manque du plan de clivage*.

» Le placenta est très adhérent à la paroi utérine, qui est excessivement mince, à tel point que nous nous demandons s'il n'y a pas de rupture du muscle utérin. Une hémorragie abondante s'ensuit, qui est jugulée par le massage intra-utérin et les injections d'ergotine et d'hypophyse. Suites de couches troublées par l'apparition d'une phlébite droite ».

Les placentas viciés peuvent aussi se voir en dehors de tout enchatonnement. Ainsi dans une observation de Puech où la grossesse angulaire se termine par un avortement aux environs du quatrième mois, nous retrouvons ce même aspect du placenta en limande :

« Le placenta présentait deux parties distinctes : l'une épaisse, charnue, l'autre amincie, aplatie *en limande* et rappelant l'aspect du placenta inséré sur le segment inférieur. »

Dans une autre observation du même auteur où il n'y eut

pas d'hémorragie à la délivrance, mais *le placenta était légèrement bordé*.

Enfin on a noté une ou deux fois l'existence d'un placenta métritique.

Tout enchatonnement du placenta dans une corne correspond-il nécessairement à un tableau clinique de grossesse angulaire ?

Nous ne le pensons pas. Nous devons considérer deux groupes de faits bien distincts :

D'une part, la grossesse dite angulaire correspondant au tableau clinique que nous avons décrit : déformation en fluxion au niveau de l'angle utérin survenant vers le deuxième mois et disparaissant vers le troisième ou le quatrième mois, très rarement le cinquième mois : la pseudo-tumeur réintégrant rapidement ou progressivement l'utérus qui augmente de volume et prend la forme globuleuse symétrique de l'utérus gravide du même âge.

Il y a dans ces cas, en plus de la greffe angulaire de l'œuf très fréquente, des troubles précoces de la tonicité utérine.

D'autre part, la déformation de l'utérus gravide de forme normale jusque vers le 6^e mois, qui à partir de ce moment devient asymétrique ; à mesure que la gestation évolue, le fond utérin présente une encoche, une corne est plus haute que l'autre et souvent aussi plus large ; l'utérus a, dans l'ensemble, une forme en cœur de carte à jouer, asymétrique, avec une corne plus développée que l'autre ; cette déformation persiste jusqu'à terme et disparaît à l'accouchement.

Il s'agit là d'un trouble tardif de *distension utérine*, accompagné souvent d'un excès de liquide.

Un point rapproche ces deux groupes de faits : on constate quelquefois à la délivrance un enchatonnement du placenta au niveau d'une corne et cette complication se présente sous le même aspect dans les deux cas.

Dans les nombreuses observations de grossesse angulaire suivies jusqu'à terme, nous n'avons jamais trouvé mentionnée une irrégularité de l'utérus dans les derniers mois de la gestation ou avant l'accouchement et dans plusieurs observations, les auteurs précisaient que l'utérus a conservé une forme régulière.

Toutefois dans un seul cas de Kerr et Anderson cette défor-

mation persiste jusqu'à l'accouchement après lequel on vérifia que le placenta était inséré au niveau de la plus grande corne.

Cette observation appartient-elle simplement à une anomalie de forme par distension, de la deuxième moitié de la grossesse, ou constitue-t-elle un cas rare, exceptionnel de gestation se rapportant successivement à l'un et à l'autre type ? Il est bien difficile de conclure d'autant plus que la femme n'a été observée que loin du début de sa gestation, 19 semaines après ses dernières règles.

Soulignons le fait qu'une telle observation est exceptionnelle. Ce qui crée la confusion, c'est l'inégal développement d'une corne, mais à des périodes différentes de la gestation, et la possibilité d'insertion angulaire et d'enchatonnement dans la corne, qui peuvent se voir dans les deux cas.

D'ailleurs, si nous nous en rapportons à la thèse de Labrue (*) consacrée au sujet, nous voyons que dans ces utérus qui présentent une corne anormalement développée jusqu'à terme, le placenta ne s'insère pas fréquemment au niveau de cette corne ; on l'a trouvé, sur la face postérieure et à gauche, au fond et en arrière dans deux cas où la corne droite était plus volumineuse, sur le segment inférieur dans un cas où la corne gauche était très saillante ; enfin dans un autre cas où la corne droite était plus volumineuse, il y eut enchatonnement du placenta dans cette corne.

Cette déformation de la fin de la grossesse est très fréquente, on l'observe presque chaque jour dans une consultation de femmes enceintes, elle peut être favorisée par une légère malformation utérine — ou un excès de liquide amniotique — elle est toute différente de la grossesse angulaire.

L'insertion du placenta dans une corne, ou son enchatonnement à ce niveau ne signifie pas grossesse angulaire, telle que nous l'avons définie ; ces seules constatations, en dehors des autres signes antérieurs *du début* de la gestation, ne permettent pas d'en faire le diagnostic rétrospectif, et nous pensons que les enchatonnements rapportés par Mas (*) ne correspondent pas à des cas de grossesse angulaire dans le sens où nous entendons ce terme aujourd'hui.

La constatation, lors de l'accouchement de l'insertion du placenta dans une corne, de son enchatonnement même à ce niveau, n'est qu'une preuve de l'insertion de l'œuf dans cette région ; cette insertion a été fréquemment observée dans la

grossesse dite angulaire, mais se rencontre dans d'autres gestations.

Rupture

La grossesse interstitielle, la grossesse dans la moitié insuffisamment développée d'un utérus cloisonné peuvent simuler cliniquement la grossesse angulaire et se rompre.

On se trouve pratiquement en présence d'un utérus inégalement développé des premiers mois de la gestation qui peut correspondre en particulier à ces trois variétés de gestation, et qui se rompt.

Quand on voit le siège de la rupture, il est bien dans la grossesse interstitielle au niveau d'un angle, au niveau de la corne ; dans l'utérus malformé, cette rupture siège aussi au niveau d'une corne. Dans ces cas, il ne s'agit en aucune façon de rupture de grossesse angulaire, comme on peut s'en rendre compte au cours de l'opération ou en examinant la pièce après l'hystérectomie.

Mais actuellement où l'on pratique en présence de lésions peu étendues, l'excision limitée de la corne, on n'a pas toujours en mains tous les éléments nécessaires au diagnostic.

On aura reconnu assez facilement un utérus présentant une cloison séparant les deux cornes, mais il devient parfois impossible de porter un diagnostic de grossesse interstitielle.

Dans le cas de Laloux et Keiffer (*), dont nous reproduisons le schéma d'après l'opération, on peut se demander s'il s'agit d'une grossesse interstitielle développée à la fois en dedans vers la cavité utérine et en dehors, vers le péritoine, ou si c'est une grossesse angulaire rompue (fig. 17).

Parmi les observations de grossesse angulaire rompue nous ne retiendrons pas celle de Colineau rapportée par Mercier dans sa thèse en 1898, celle de Henrotay (*) et celle de J.-C. Bloch et Miraillie (*) en 1924, qui sont très sommaires et ne permettent aucune conclusion.

L'observation de Bar et Mercier parue en 1898 est souvent citée comme exemple de grossesse angulaire rompue. Publiée sous le titre : *Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin d'une grossesse, grossesse tubo-utérine*, elle se rapporte à une

rupture au 9^e mois, époque où la grossesse angulaire n'existe plus ; et d'après les détails décrits, cette observation reste un cas bien curieux de rupture utérine encore impossible à classer.

Nous concluons en disant que les ruptures utérines au niveau d'un angle d'une corne se voient dans la grossesse interstitielle, et dans la grossesse dans certains utérus malformés, et nous nous rangerons à l'avis de Lapointe (*) qui estime que « la rupture du sac dans la grossesse angulaire est un accident qui n'a jamais été démontré ».

DIAGNOSTIC

I. Diagnostic positif

La femme présente quelques petits signes de gestation : nausées, vomissements, picotements au niveau des seins qui augmentent de volume, etc..., mais c'est surtout le retard des règles qui est le signe le plus important et que l'on s'attachera à faire préciser aussi exactement que possible par la femme qui ne se croit pas toujours enceinte.

1. L'examen montrera à côté d'un utérus un peu gros, dont le col peut être un peu ramolli, une tumeur latéro-utérine ; on cherchera à en préciser le siège par rapport à l'utérus ; elle flaque un angle utérin et est souvent sur un plan antérieur à l'utérus, elle est angulo et anté-utérine.

On cherchera à préciser si cette tumeur est indépendante de l'utérus :

a) On peut dans certains cas trouver un sillon séparant les deux masses, mais ce sillon n'est pas toujours très net dans toute son étendue, il peut exister en bas au toucher vaginal, manquer en haut sous la main abdominale. Ce sillon peut parfois donner plus la sensation d'une dépression due à une zone de séparation molle que celle d'un véritable sillon ;

b) On appréciera la mobilité relative de la tumeur et de l'utérus : une complète indépendance apparente n'est pas souvent observée.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal donnera des indications sur la consistance de l'utérus et de la tumeur : un schéma fréquent est une corne molle, et un utérus plus dur ; l'inverse peut se voir.

2. Mais il est capital de rechercher d'un examen à l'autre des variations de consistance : à un premier examen on trouve

une tumeur molle, un utérus relativement dur ; à l'examen suivant, l'utérus paraît mou et la tumeur dure, ou bien les deux peuvent prendre une consistance molle.

Si l'on réussit à percevoir une contraction qui se propage de la tumeur à l'utérus, ou une contraction isolée de la tumeur, on peut affirmer que celle-ci fait partie intégrante de l'utérus.

Reeb propose de provoquer ce signe par l'injection intra-veineuse de un tiers de centimètre cube d'hypophyse pendant l'examen ; 20 à 40 secondes après, une onde de contraction passe sur l'utérus qui reste dur et contracté pendant 2 minutes environ. Ce procédé ne nous semble pas absolument inoffensif en cas de grossesse angulaire où les contractions spontanées nous paraissent jouer un rôle important dans l'avortement.

Nous pensons que l'on doit se contenter de rechercher ce signe, plusieurs fois au cours de l'examen, et essayer de le provoquer par un léger massage utérin, en ayant toujours présent à l'esprit que la tumeur peut être un sac de grossesse tubaire.

3. Le plus souvent c'est *l'évolution* qui permet de porter ou de rectifier un diagnostic : on trouve des variations de consistance, les signes fonctionnels semblent s'amender, la tumeur fait de plus en plus corps avec l'utérus, se fond avec lui et celui-ci prend une forme symétrique régulière qu'il conservera jusqu'à la fin de la grossesse.

Dans d'autres cas la tumeur a disparu et l'on ne trouve plus qu'un utérus gravide ; plus rarement, l'évolution se termine par un avortement suivi d'un retour à une forme utérine normale.

4. Après un accouchement normal, on peut constater souvent l'insertion du placenta au niveau d'une corne, en dehors de tout enchatonnement.

5. Une exploration lipiodolée ultérieure montre une cavité utérine normale.

II. Diagnostic différentiel

A. *Les signes de gestation ne sont pas évidents ou l'interrogatoire n'a pas été fait assez soigneusement.*

Suivant que la tumeur paraît plus ou moins isolée de l'utérus, le diagnostic est à faire surtout avec un kyste de l'ovaire, une tumeur annexielle, un fibrome de l'angle utérin.

a) *Kyste de l'ovaire.*

Seul un kyste de petit volume peut prêter à confusion. L'arrêt des règles, les métrorragies ne sont pas rencontrées. on peut observer quelques douleurs.

Le sillon est souvent plus net, mieux perçu entre utérus et tumeur, dont l'indépendance et la mobilité sont en général plus marquées.

Mais dans certains cas on hésite encore : il n'y a *jamais de contractions* au niveau de la tumeur, nous savons que c'est un signe utérin ; cette tumeur *ne change pas de volume*, ni de consistance.

Nous ne ferons qu'indiquer le siège du ligament rond si rarement perçu au toucher : en dedans de la tumeur en cas de kyste de l'ovaire ou de tumeur extra-utérine, en dehors en cas de grossesse angulaire.

Si l'on suit l'évolution :

L'indépendance de la tumeur par rapport à l'utérus ne varie pas, l'utérus n'augmente pas de volume. Si l'on hésite, attendre : l'évolution montre en quelques semaines s'il s'agit d'une grossesse angulaire.

Une réaction d'Asheim et Zondek peut être très utile.

Ce qui complice, c'est qu'il peut y avoir association d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire antérieurement méconnu dont la consistance varie au cours de la gestation. En examinant la femme à quelques semaines d'intervalle on pourra facilement rectifier un diagnostic :

b) *Une tumeur annexielle* surtout si elle coexiste avec une grossesse ; les antécédents et les caractères de la tumeur permettent en général le diagnostic :

c) *Fibrome au niveau d'un angle utérin.*

Un utérus fibromateux, augmenté de volume avec un noyau au niveau d'un angle, quelques métrorragies, ne simule guère une grossesse angulaire et sera facilement reconnu.

Mais devant un noyau fibromateux unique siégeant au niveau d'une corne le diagnostic pourra être délicat, s'il y a en même temps une gestation : le fibrome est dur comme peut l'être la corne en fluxion, mais il a tendance à s'énucléer au fur et à mesure que la grossesse évolue.

Encore un diagnostic assez facile si l'on sait attendre et qui a presque toujours été fait.

B. *Les signes de gestation sont nets ; la femme réglée régulièrement est devenue aménorrhéique ; une réaction d'Asheim-Zondek s'est montrée positive.*

Après avoir éliminé une *inégalité de consistance* au niveau d'un corps utérin gravide, on pensera à différents diagnostics.

1. En présence d'une femme enceinte, présentant des troubles fonctionnels : douleurs et hémorragies, et chez laquelle on trouve une tumeur à côté de l'utérus plus ou moins augmenté de volume, on doit toujours craindre une *grossesse extra-utérine* qui peut se rompre.

Les signes fonctionnels peuvent être identiques à ceux de la grossesse angulaire, la tumeur peut présenter les mêmes caractères, avec une indépendance apparente de l'utérus, un sillon net.

1. Mais souvent dans la grossesse angulaire la tumeur est dans un plan antérieur à l'utérus et a un siège plus angulaire, tandis que dans la grossesse extra-utérine son siège est plus postérieur, et a tendance à tomber dans le Douglas.

2. Il n'existe jamais de contraction au niveau d'une tumeur tubaire.

3. Le ligament rond prend son insertion sur l'utérus en dedans de la tumeur tubaire, en dehors de la fluxion angulaire, à son pôle externe. Ce siège du ligament rond permet d'éliminer avec certitude la grossesse ectopique, mais il est extrêmement rare de pouvoir le préciser avant la laparotomie.

4. La consistance molle d'une tumeur bien accolée à l'utérus plaide en faveur de la grossesse angulaire.

5. C'est surtout l'évolution qui permet de faire le diagnostic : quand une tumeur a pu évoluer jusqu'au troisième mois sans troubles fonctionnels, il y a peu de chance que ce soit une grossesse ectopique.

Dans la grossesse extra-utérine la tumeur *augmente* de volume, mais reste indépendante de l'utérus — elle ne change pas de consistance — reste tendue rénitente.

Dans la grossesse angulaire il est *fréquent* d'observer à des examens successifs des modifications de consistance de la tumeur et souvent à la fois de la tumeur et de l'utérus, la tumeur a tendance à se confondre de plus en plus avec l'utérus, et ceci assez rapidement ; dans plusieurs cas on a pu apprécier cette modification en une ou deux semaines.

En résumé des examens attentifs et répétés, en se tenant prêt à intervenir, permettent souvent un diagnostic que confirme l'évolution ultérieure.

II. La grossesse interstitielle dont le diagnostic est bien rarement fait avant la rupture est aussi à différencier de la grossesse angulaire. Le petit nombre d'observations de grossesses interstitielles étudiées avant la rupture ne nous permettra pas d'en donner des signes distinctifs bien précis.

La tumeur de la grossesse interstitielle siège au début aussi au niveau de la corne et souvent aussi un peu *en avant*, et s'insère toujours sur l'utérus par une *base large*, qui tend à s'élargir à mesure que la gestation évolue, c'est le signe de Baart de la Faille. Waegeli (*) signale que quelques auteurs ont trouvé le signe de la contraction au niveau de la tumeur. La verticalisation du fond de l'utérus ou signe de Ruge-Simon, l'asymétrie des annexes, le siège du ligament rond, ne sont guère que des signes opératoires et ils sont inconstants.

De nouvelles observations détaillées permettront peut-être d'établir quelques signes différentiels précis avant la période de rupture : les signes fonctionnels et l'évolution permettent en effet de faire un diagnostic. Comme le fait remarquer Vaudescal (*), il y a une grande analogie entre toutes les observations cliniques : il s'agit d'une femme qui après un retard, qui dépasse rarement 3 mois, est prise de douleurs plus ou

moins violentes avec symptômes d'hémorragie interne. Selon l'intensité des symptômes, ou elle est opérée à ce moment, ou sous l'influence du repos au lit, de la glace sur le ventre, les symptômes s'amendent, mais peu car après un délai *d'un mois au plus* douleurs et hémorragies se reproduisent et l'intervention s'impose. On pense alors presque toujours à une grossesse tubaire rompue et le diagnostic de grossesse interstitielle n'est établi qu'au cours de l'intervention.

III. Une gestation dans un *utérus malformé* (*utérus bicorne* avec ou sans *corne rudimentaire*, *utérus cordiforme*, etc...) simule parfois la grossesse angulaire mais peut évoluer vers la rupture. La perception d'un ligament vésico-rectal au toucher, la vue d'un double col et parfois d'une bride vaginale au spéculum, ou l'histoire d'avortements répétés antérieurs permettent parfois un diagnostic ; mais tous ces signes peuvent faire défaut. Nous reviendrons sur ce diagnostic dans un autre chapitre.

IV. Nous n'insistons guère sur le diagnostic avec un *utérus gravide latéro-fléchi* qui parfois ressemble beaucoup à celui de la grossesse angulaire et de la grossesse tubaire. La tumeur semble plus mobile et une tentative prudente de redressement, sur laquelle a encore récemment insisté Cathala (*), en mettant parfois la femme en position de Trendelenburg, permet assez souvent de rectifier un diagnostic. Nous étudierons les latéroflexions de l'utérus gravide dans un chapitre suivant.

V. Nous signalerons encore :

Qu'une *gestation* utérine au début avec un *gros corps jaune* perçu a été confondue jusqu'à l'opération avec une grossesse ectopique et pourrait faire penser à une grossesse angulaire :

Que la *lutéinisation d'un kyste folliculaire* non rompu avec des règles ayant manqué une fois, quelques signes discrets ressemblant à ceux de la grossesse, une légère augmentation du volume des seins, la tumeur latéro-utérine, puis dans une seconde période des hémorragies ont fait penser à une grossesse tubaire ; dans d'autres cas la rupture intra-péritonéale du follicule a donné un tableau d'hémorragie interne et fait opérer la femme pour une rupture tubaire. On pourrait confondre ces

cas avec la grossesse angulaire, mais on pense avant tout à une grossesse tubaire.

III. Diagnostic opératoire

On se trouve devant un tableau plus ou moins complet ressemblant à celui d'une hémorragie interne ou faisant craindre une rupture :

Pâleur, petites syncopes, pouls rapide, avec léger météorisme abdominal, vomissements même, douleurs plus violentes dans le bas-ventre, hémorragies externes, avec une tumeur juxta ou latéro-utérine douloureuse.

On ne perdra pas de temps à discuter le diagnostic ou à parfaire l'examen, *il faut opérer :*

Si l'on trouve une grossesse tubaire le diagnostic est fait : beaucoup de grossesses interstitielles rompues sont aussi d'un diagnostic évident ; il existe aussi des ruptures d'utérus gravide malformés que l'on pourra reconnaître facilement ; nous pensons que la rupture de la grossesse angulaire n'existe pas. Dans tous ces cas il faut traiter la rupture utérine suivant la nature et l'étendue des lésions.

Mais on peut se trouver en présence d'une tumeur angulo-utérine non rompue, dont le diagnostic peut être alors très difficile : une grossesse dans une corne d'un utérus double ou malformé sera facilement reconnu si l'anomalie est manifeste, il en va tout autrement quand, vu de l'extérieur, l'utérus a un aspect normal, comme dans le cas de Desnoyers.

Est-on en présence d'une grossesse tubaire ou d'une grossesse interstitielle qui évolueront vers la rupture ou d'une grossesse angulaire qui réintégrera l'utérus ?

C'est ici que prend toute sa valeur l'insertion du ligament rond que l'on peut tendre pour apprécier le siège de son insertion vis-à-vis de la tumeur.

Pour *la grossesse tubaire* en général facilement reconnue, le ligament rond s'insère en dedans de la tumeur sur l'utérus.

Pratiquement, dans *la grossesse angulaire*, les insertions de la trompe et du ligament rond se font sur le pôle externe de la tumeur, cette situation, absente exceptionnellement, n'a jamais été réalisée par une grossesse interstitielle.

Dans la *grossesse interstitielle* le siège du ligament rond varie, ce qui fait qu'il est diversement décrit par les auteurs : exceptionnellement on l'a vu en dedans et sous la ligne de séparation de la tumeur et de l'utérus ; dans tous les autres cas il est déplacé plus ou moins en dehors, siégeant souvent sur la partie antérieure et presque toujours dans les deux tiers proximaux de la tumeur. Sa position varie avec le siège intra-mural de l'œuf et le sens suivant lequel il évolue, mais en général ligament rond et trompe ont leurs insertions écartées : c'est un signe de grande valeur.

On appréciera aussi l'insertion large de la tumeur sur l'utérus, l'aspect et la consistance de la tumeur, son siège, qui peut verticaliser l'utérus ; l'asymétrie des annexes peut se voir aussi dans la grossesse angulaire et l'on attachera plus d'importance à l'écartement des insertions du ligament rond, de la trompe, et du ligament utéro-ovarien.

La conduite opératoire découle de ces données : si la tumeur a nettement en dehors d'elle ligament rond et trompe, et si la paroi du sac paraît saine, c'est une grossesse angulaire qui réintégrera l'utérus vers le 3^e ou le 4^e mois de la gestation. Si le ligament rond est antérieur, antéro-inférieur et siège dans moitié proximale de la tumeur et à distance de la trompe, c'est presque à coup sûr une grossesse interstitielle et il faut la traiter.

Si dans la grossesse interstitielle le ligament rond siège quelquefois dans la moitié distale de la tumeur, il reste le plus souvent éloigné de son pôle externe, ce qui permet encore de la différencier de la grossesse angulaire.

En cas de doute, le traitement reste le même : si la poche ovulaire est limitée et sans rupture, on tentera un traitement très conservateur, l'excision de l'œuf. Si la paroi utérine incisée est saine et encore épaisse, et si l'on tombe dans une cavité utérine qui paraît normale, on peut penser qu'il s'agit d'une grossesse intra-utérine en fluxion et faire une simple suture utérine. C'est ainsi que J. Quénu traita une de ses malades qui put mener ensuite une nouvelle gestation à terme. (Obs. p. 104.)

Si, après avoir enlevé l'œuf, on tombe sur un mur musculaire le séparant en dedans de la cavité utérine, il s'agit d'une grossesse interstitielle. Si le processus de destruction est mo-

déré au niveau de cette cavité ovulaire, si le mur interne est encore épais et conservé, si la paroi externe de l'utérus que l'on a incisée pour trouver l'œuf est encore de bonne qualité, on pourra, comme l'ont fait quelques auteurs, se contenter de suturer soigneusement l'utérus.

En cas de doute et si les conditions favorables ne se sont pas réalisées, le traitement sera le même pour la grossesse angulaire et la grossesse interstitielle : ce sera l'excision cunéiforme de la corne utérine avec ou sans réimplantation de la trompe. Cette opération conservatrice, aussi sûre qu'une hystérectomie, a été pratiquée par de nombreux auteurs, sa facilité d'exécution et ses bons résultats ne sont plus à démontrer.

D'un point de vue théorique, le diagnostic de la grossesse interstitielle exige l'examen de la pièce avec souvent un examen histologique qui portera sur les éléments du sac où l'on ne trouve pas de glandes utérines et de déciduale vraie, et sur la cavité utérine où l'on trouvera une déciduale sans éléments fœtaux quand celle-ci n'a pas été expulsée à la mort du fœtus, ce qui permet d'éliminer une grossesse intra-utérine.

L'évolution utérine d'une grossesse interstitielle est-elle possible ? Cette question mérite qu'on l'examine, car en présence d'une telle évolution, une grossesse interstitielle pourrait être cliniquement confondue avec une grossesse angulaire, s'il existait une déformation utérine perceptible au toucher vaginal.

On conçoit que dans une grossesse interstitielle, l'œuf, s'il est séparé de la cavité utérine par une mince couche musculaire (variété intramurale) puisse l'effondrer par le même processus destructif que pour une rupture dans la cavité péritonéale, et tomber dans l'utérus; il y aurait alors avortement. Nous n'avons pas trouvé de fait anatomique précis et certain venant à l'appui de cette thèse vraisemblable.

On s'est aussi demandé si l'œuf, se développant dans la portion interstitielle de la trompe (variété canaliculaire), ne pourrait pas se déplacer en dehors vers la partie libre de la trompe quand il siège dans la partie la plus externe de la portion interstitielle, et suivre l'évolution d'une grossesse tubaire; ou s'il siège très près de la cavité utérine, dilater l'orifice interne de la trompe et avorter par les voies habi-

tuelles. La preuve de cette bien curieuse évolution n'a jamais été faite, et la grossesse interstitielle canaliculaire n'est pas admise par beaucoup d'auteurs.

Ash (*) qui, dans un travail récent, rappelle ces hypothèses, se demande même si l'œuf, primitivement inséré dans l'épaisseur du muscle utérin très près de la muqueuse, ne pourrait pas devenir intra-utérin et évoluer ensuite comme une grossesse normale s'il trouve des conditions favorables à son développement. C'est une idée séduisante, mais le fait n'a jamais été montré.

DEUXIÈME PARTIE

FLEXIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE LATÉROFLEXIONS

DÉFINITION

Les flexions de l'utérus grévride sont souvent prises pour des grossesses tubaires. Nous laisserons de côté l'étude des rétroflexions et des antéflexions pour décrire les latéroflexions qui donnent fréquemment lieu à cette erreur de diagnostic. La latéroflexion nous semble être un vice de position n'apparaissant qu'au cours d'une gestation. Le corps utérin grévride bascule d'un côté autour d'un isthme ramolli, tandis que le col et la portion isthmique restent sensiblement en position médiane dans l'axe du vagin, ou sont un peu déviés. Il y a, ainsi que de multiples laparotomies ont permis de le constater, une véritable plicature de l'utérus au niveau de l'isthme, avec formation d'un sillon au niveau du pli de flexion. Cathala (*) pense que cette flexion sur le côté est toujours précédée d'une flexion en avant ou en arrière.

L'évolution se fait en général vers le redressement spontané vers le 2^e ou le 3^e mois de la gestation ; le corps utérin se redresse en augmentant de volume et prend une position normale, et la grossesse évolue normalement ; quelquefois des douleurs, de petites hémorragies ont pu compliquer cette évolution qui peut aussi se terminer par un avortement.

Dans certains cas plus rares, la flexion de l'utérus grévride est fixée par des adhérences et le redressement spontané est impossible. On doit intervenir pour libérer les adhérences, re-

dresser l'utérus et rendre possible l'évolution de la gestation à terme.

HISTORIQUE

Les publications sur le sujet ne sont pas très nombreuses. Beaucoup d'auteurs considèrent que cette particularité ne mérite pas une place dans la nosologie ; ils pensent qu'il s'agit là d'une erreur de diagnostic facile à éviter. C'est cette possibilité d'erreur fréquente qui donne à la question un grand intérêt pratique ; d'un autre point de vue, il est intéressant de rapprocher de la grossesse angulaire ce vice de position qui la simule et où les troubles de la tonicité utérine jouent un rôle important. Beaucoup de gynécologues ont commis cette erreur qui a pu les conduire à l'opération, et le professeur J.-L. Faure racontait dans son service l'histoire d'une femme qu'il avait opérée en 1902 pour une grossesse tubaire, et chez laquelle il trouva à l'intervention un utérus gravide fléchi latéralement facile à redresser.

C'est Pollosson de Lyon qui, en 1898, dans la thèse de son élève P. Ouzounova (*) apporte la première contribution à l'étude de la latéroflexion de l'utérus gravide avec trois observations personnelles.

La même année, Muret (*), de Lausanne, dans un mémoire important sur le diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine et de quelques tumeurs abdominales, publie plusieurs observations de latéroflexions d'utérus gravide et insiste sur le rôle de la flaccidité de l'isthme utérin jointe dans certains cas à une hypertrophie du col de l'utérus. Puis Segond et Varnier (*), Routier (*), en 1900 et 1901, publient de belles observations, mais il faut attendre jusqu'en 1908 pour trouver dans la thèse de Marsaud (*) un travail d'ensemble sur la question.

En 1910, Brindeau et Cathala (*) publient une nouvelle observation d'un utérus gravide latéroposé opéré, puis pendant de longues années rien ne semble avoir paru sur le sujet. En 1923, Douay et Rochat (*) attirent l'attention sur la difficulté de diagnostic de la latéroflexion de l'utérus gravide avec la grossesse extra-utérine et la grossesse angulaire, et la même année, Schickelé (*) publie un cas qu'il a opéré.

De Batz (*), dans sa thèse en 1926, consacre un chapitre important à la latéroflexion de l'utérus gravide et montre comme il peut être difficile de la distinguer de la grossesse angulaire, de la grossesse dans un utérus malformé ou de la grossesse tubaire.

Enfin, en 1935, Cathala (*) reprend l'étude du sujet, en montre tout l'intérêt à propos de six observations nouvelles, signale que l'on peut observer avec une latéroflexion du corps utérin après un avortement, et précise avec clarté le mécanisme de la latéroposition.

Nous devons noter en outre que de nombreux auteurs font allusion aux difficultés de diagnostic de cette affection à propos de publications sur la grossesse angulaire, ou sur la grossesse interstitielle. Nous citerons Weageli (*), Turenne (*), J. L. Lapeyre (*), J. E. Ash (*).

Pour bien comprendre la forme et le mécanisme du déplacement du corps utérin gravide, il faudra se rapporter aux observations qui ont eu un contrôle opératoire et qui prouvent par leur nombre et l'identité de la déformation observée qu'on se trouve bien là en présence d'une véritable entité clinique dont on devra poursuivre l'étude, pour arriver à en préciser les signes, à la reconnaître plus souvent, et à la différencier plus facilement de la grossesse angulaire et surtout de la grossesse tubaire.

Étude anatomique

ETIOLOGIE. MÉCANISME. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a invoqué le rôle de la multiparité chez les femmes âgées dont l'isthme utérin serait spécialement ramolli à l'occasion d'une nouvelle gestation. En réalité, dans les observations que nous avons réunies et où sont données les indications d'âge et de multiparité, peu de femmes ont eu plus de deux enfants ; assez souvent elles sont encore jeunes, de 19 à 25 ans, dix fois sur 21 où l'âge est donné ; 7 fois, c'était la première ou la 2^e grossesse, 3 autres femmes âgées de 19, 20 et 21 ans n'étaient certainement pas de grandes multipares ; dans un cas, on note trois gestations antérieures, deux autres fois on indique sim-

plement une multiparité ; enfin une femme de 37 ans avait eu trois grossesses sur sept menées à terme.

En résumé, la latéroflexion peut se produire à tout âge, et aussi bien au cours des premières grossesses qu'à la suite de multiples gestations.

Comment se produit ce déplacement ?

A la faveur de l'élasticité générale des tissus et des ligaments au cours de la gravidité, du ramollissement de la portion isthmique de l'utérus, d'un certain allongement même ou d'un étirement de cette zone de l'isthme, du poids croissant du corps utérin gravide ; celui-ci bascule en avant ou en arrière en même temps qu'il décrit un mouvement de rotation autour de son axe vertical. Cathala pense que ces deux mouvements sont successifs :

« Dans les cas d'antéflexion, le corps utérin gravide vient buter contre la paroi postérieure du pubis ; faute de place, il glisse contre l'arc antérieur du bassin et se trouve reporté de côté.

» Quand le corps de l'utérus bascule en arrière, il passe d'ordinaire entre les ligaments utéro-sacrés qui le retiennent sur la ligne médiane, mais quand les ligaments utéro-sacrés laissent entre eux une ouverture insuffisamment large pour le passage du corps utérin gravide, celui-ci glisse sur le versant externe d'un des ligaments, et vient se placer latéralement. Dans les cas de rétroflexion-rotation, le corps utérin n'est jamais très abaissé, il reste toujours en position élevée. »

La flexion directe sur le côté du corps utérin nous paraît impossible anatomiquement, et le ligament large nous paraît jouer un rôle important dans le mouvement de rotation qui accompagne la latéroflexion.

L'anatomie pathologique résulte des constatations opératoires. Signalons que dans une observation l'utérus a été trouvé en situation normale ; on peut penser qu'il s'est redressé spontanément, peut-être à la faveur de la position inclinée donnée à la malade pour l'opérer, et de l'anesthésie qui a pu, par un relâchement plus complet, faciliter ce redressement. Olshausen (*) indique qu'il a pu pratiquer un redressement sous anesthésie, sans intervenir.

Dans 10 cas, l'utérus a pu être redressé très facilement, ce qui nous porte à croire que l'on aurait pu, avec beaucoup de

chances de succès, tenter ce redressement sous anesthésie, sans être obligé d'intervenir.

Certains auteurs ont insisté dans leur compte rendu opératoire, sur la flaccidité utérine exagérée, sur la présence d'un isthme allongé ou sur la grande flexibilité de l'isthme. Dans un cas opéré, J.-L. Faure a pu se rendre compte que cette flexibilité de l'isthme permettait une flexion aussi bien à gauche qu'à droite. On est en droit de se demander si un cas de ce genre, se redressant spontanément et se fléchissant de nouveau de l'autre côté, ne pourrait produire un tableau de fluxion sacciforme à bascule décrite par Le Lorier. Dans un cas, on a noté un excès de liquide amniotique.

Il est intéressant de citer la fréquence relative *des lésions annexielles ou utérines concomitantes*.

Dans trois cas opérés, on a trouvé un gros ovaire scléro-kystique qui fut extirpé, un ovaire sclérokystique avec des annexes tourmentées kystiques et avec quelques foyers purulents, un petit point de sclérose sur un ovaire, l'autre ovaire sclérokystique ayant été enlevé l'année précédente.

Dans l'observation de Segond, où la malade avait présenté des signes de pelvi-péritonite, on trouve « un organe couché sur le côté et maintenu par de solides adhérences consécutives à la pelvi-péritonite ; l'une d'elles, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, est implantée sur le détroit supérieur et insérée d'autre part sur le pôle apparent d'un fibrome interstitiel gros comme une noix. Cinq autres petits fibromes interstitiels, comme autant de billes blanches, parsèment sa surface rouge de l'utérus. On décolle et on redresse l'utérus, la grosse bride fibreuse coupée, l'utérus se redresse de lui-même ».

Dans l'observation de Brindeau et Cathala, il y a « latéroverson de l'utérus gravide avec adhérences intimes de l'organe au petit bassin et aux organes voisins, épiploon, gros intestin » ; en plus de ces adhérences friables, filamenteuses, vasculaires, il existait cinq ou six petits kystes inflammatoires qui furent réséqués.

Dans l'observation de Schickelé (*), à côté de la latéroflexion gauche existait un varicocèle du ligament large.

Au total, dans 6 observations sur 14 soumises au contrôle opératoire, on note en plus du vice de position des lésions annexielles ou utérines, et deux fois l'utérus était solidement

fixé par des adhérences dont il a fallu le libérer pour pouvoir corriger sa latéroflexion.

Étude clinique

FRÉQUENCE

Nous avons pu relever dans la littérature médicale 29 cas de latéroflexion d'utérus gravide dont 13 vérifiés au cours d'une laparotomie sont absolument certains. On peut penser qu'un certain nombre d'observations où le diagnostic a été rectifié avec l'évolution ou au cours d'une intervention n'ont pas été publiés, et Cathala, qui a étudié ces déviations utérines, pense qu'elles ne doivent pas être exceptionnelles.

SYMPTÔMES

La latéroflexion de l'utérus gravide se produit dans les trois premiers mois de la gestation, rarement après. Elle est plus fréquente à droite qu'à gauche (18 fois à droite, 8 fois à gauche). Il peut se faire qu'aucun trouble fonctionnel n'accompagne ce vice de position.

SIGNES FONCTIONNELS

Nous n'insisterons pas sur les signes généraux de la grossesse : suppression des règles, modification des seins, etc...

Le plus souvent, dans les observations que nous avons réunies, quelques douleurs dans le bas-ventre amènent à consulter les femmes enceintes. Sur 25 observations où les signes fonctionnels sont précisés, nous notons 22 fois le symptôme douleur ; l'hémorragie utérine est un symptôme moins fréquent, que nous trouvons 9 fois seulement.

Douleur. — La douleur est en général très modérée, aussi ses caractères sont rarement précisés. C'est une douleur mal définie, parfois à type de crampe ou de douleur expulsive, elle siège dans le bas-ventre ou à la partie inférieure de l'abdomen

du côté où l'utérus est fléchi : elle disparaît avec le redressement utérin. Parfois la douleur est persistante et son intensité croissante ont précédé l'avortement dans deux observations.

Hémorragie. — Il s'agit d'une perte rouge peu abondante, durant seulement quelques jours, quelquefois accompagnée de petits caillots, ou c'est un suintement rosé, ou même la femme perd seulement quelques gouttes de sang. Une seule fois on a observé une hémorragie importante.

Autres signes fonctionnels. — Il n'y a pas, en général, d'autres signes fonctionnels ; mais leur existence dans certaines observations rendaient le diagnostic difficile.

Dans l'observation de Fieux et Chavannaz, une reprise de l'hémorragie accompagnait une douleur dans le bas-ventre et un état syncopal ; la constatation au toucher d'une tumeur latéro-utérine fit opérer la malade avec un diagnostic de grossesse tubaire ; on trouva un utérus gravide de trois mois en latéroflexion qu'il a suffi de redresser.

Dans l'observation de Segond, on a pu observer des signes généraux et locaux de pelvi-péritonite qui ont laissé un utérus fixé en latéroflexion par des adhérences qui furent sectionnées au cours d'une laparotomie.

Dans une observation de Routier, la température atteignait à plusieurs reprises 38°5, la femme avait des nausées et son ventre était douloureux ; cependant à l'intervention, quelques jours après, on trouvait un utérus latérofléchi, sans adhérence.

SIGNES PHYSIQUES

On trouve, à côté d'un col ramolli, parfois dévié sur le côté, une tumeur latérale, à contours arrondis, du volume moyen d'une mandarine, d'un poing, d'une orange, plus ou moins grosse, selon l'âge de la grossesse ; cette tumeur presque toujours de consistance molle, fluctuante, est souvent douloureuse au toucher ; de plus, on constate l'existence d'un *sillon profond*, net, entre la tumeur, et le col avec sa courte portion utérine sus-jacente, que l'on prend pour un petit corps utérin.

Il peut surprendre que l'on puisse confondre avec un corps utérin, le col et la portion sus-vaginale de l'utérus situés au-

dessus de la flexion. Cette erreur est facile et a été commise par Lannelongue, J.-L. Faure qui avaient examiné à plusieurs reprises leur malade, par Terrier qui vit en consultation une malade suivie par Routier et se rangea à son avis. Plusieurs malades opérées avaient été examinées plusieurs fois et bien étudiées ; cliniquement l'erreur reste possible. Dans certains cas, le corps de l'utérus est mal senti, dans d'autres on sent à sa place un corps utérin petit et on prend la coudure utérine pour le pôle du corps utérin, tandis que la nature de la tumeur latérale n'est pas diagnostiquée.

Il est intéressant de rapprocher de ces cas une observation de J. Quénu qui correspondait à un utérus gravide en antéflexion très prononcée ; la zone de plicature en avait imposé pour une véritable tumeur du Douglas, et l'erreur ne fut reconnue qu'à l'intervention. (Obs. p. 109.)

ÉVOLUTION

La tumeur augmente de volume mais bientôt se redresse, l'utérus prend la forme et la situation d'un utérus gravide normal et la grossesse évolue à terme.

En général, vers le 3^e ou le 4^e mois, rien ne permet à l'examen de retrouver trace de la situation anormale antérieure de l'utérus.

Cependant *l'avortement* n'est pas une complication rare, nous l'avons noté 6 fois dans 14 observations où l'évolution est indiquée. Nous pensons que cet accident n'est pas si fréquent que semblent l'indiquer ces chiffres et que dans d'autres observations où l'évolution n'est pas suivie, la grossesse a pu être menée à terme.

Diagnostic

DIAGNOSTIC POSITIF

Celui-ci sera fait d'une façon indéniable en cas de laparotomie exploratrice qui permettra de voir la flexion utérine au niveau d'un isthme ramolli et de redresser le corps utérin ; dans quelques cas, il est nécessaire de libérer de ses adhérences le corps utérin gravide maintenu en position vicieuse.

En dehors des interventions, le diagnostic ne pourra être porté que si l'on connaît l'affection. Il faudra tenter de redresser avec douceur la tumeur latérale que l'on suppose être le corps utérin. Il faudra pour cela disposer de préférence d'une table gynécologique que l'on puisse incliner pour mettre la femme en position de Trendelenburg qui facilite grandement le redressement, et par le toucher vaginal, mobiliser avec douceur le corps utérin de façon à chercher à le redresser. Cette tentative qui doit rester douce et prudente, a été suivie plusieurs fois de succès.

Cette épreuve, même incomplète, peut mettre sur la voie du diagnostic. J.-L. Faure montre dans un cas que, sans arriver à pratiquer un redressement, la bosse latéro-utérine peut être soulevée par les doigts et qu'alors cette masse n'apparaît plus comme une tuméfaction annexielle, mais qu'elle paraît bien continuer directement l'utérus.

Cathala indique qu'il est facile de redresser le corps grévide en décomposant les mouvements de rotation et de flexion, en ramenant d'abord par rotation, soit en avant, soit en arrière, le corps utérin qu'on tentera, dans un second temps, de redresser pour corriger la flexion en avant ou en arrière.

Après correction de la flexion-rotation, l'utérus reste en place en général ; nous notons, dans une observation, que le déplacement s'est reproduit, suivi quelques jours plus tard d'un redressement spontané.

Il est intéressant de noter que l'avortement peut survenir après un redressement ; la malade opérée par Routier fit, dix jours après, un avortement suivi d'une grande hémorragie à l'occasion de laquelle le médecin appelé fut frappé de la mollesse et de l'inertie utérine. Chez une malade de Lefour, l'utérus se redresse spontanément, ce qui n'empêche pas une fausse couche de se produire trois semaines après environ.

Examinée quelques jours après par Lefour, celui-ci trouva une antéflexion très marquée de l'utérus. Ce cas est à rapprocher des observations de Cathala de latéroflexion consécutives à un avortement. Ces troubles de la tonicité qui persistent ou apparaissent après l'avortement peuvent déterminer le même vice de position.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Ces signes fonctionnels ou physiques de la latéroflexion du corps utérin gravide ressemblent beaucoup à ceux d'une grossesse angulaire, et de fait, il peut être très difficile, dans certains cas, de faire le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Un redressement même incomplet de la tumeur, l'existence d'un sillon uniquement inférieur, la petitesse de ce qu'on suppose être le corps utérin, l'absence de contractions au niveau de la tumeur qui, dans la latéroflexion, n'ont pas encore été signalée, sont de bons éléments pour le diagnostic.

Souvent on a pris la latéroflexion pour une grossesse tubaire, ce fut la cause de plusieurs laparotomies ; d'autres fois, on a pensé à un kyste de l'ovaire.

Nous ne reviendrons pas sur les détails du diagnostic différentiel déjà exposé à propos de la grossesse angulaire.

Gestations du type « Muret »

Nous avons réservé pour ce chapitre l'étude de certains cas de grossesses utérines se rapprochant des latéroflexions que nous venons de décrire et pour lesquelles on a souvent porté à tort le diagnostic de grossesse tubaire.

Ces observations se distinguent des précédentes par la position souvent abdominale de la pseudo-tumeur et l'âge souvent plus avancé de la gestation dépassant presque toujours le 4^e mois.

Elles s'en rapprochent par les troubles de la tonicité utérine qui peuvent toucher le corps utérin, et donner à l'isthme une extrême mollesse, par l'étirement ou l'élongation de l'isthme et l'hypertrophie du col de l'utérus qui sont plus marqués.

Howitz (*), en 1884, avait déjà attiré l'attention sur quelques-uns de ces faits, qui furent aussi décrits par Martin. Mais c'est Muret (*) qui, dans son mémoire paru en 1898, en fait une étude très complète, où il réunit les observations d'auteurs les plus divers, auxquelles il ajoute plusieurs cas personnels.

C'est le seul travail d'ensemble paru sur ce sujet. Depuis ont été publiées, sous des titres très divers, des observations isolées. Nous avons relevé dans la littérature française celles de Damas et Armand (1899) (*), de I. David (1901) (*), Rouville (1910) (*), Schickelé (1923) (*).

Mais cependant ces curieuses anomalies de la gestation ne semblent pas avoir beaucoup retenu l'attention.

Nous proposerons de donner le nom de « gestation du type Muret » à ces gestations avec hypertrophie du col, allongement de l'isthme, corps simulant une tumeur soit abdominale, soit latéro-utérine et troubles de la tonicité utérine, survenant en général chez des femmes âgées et multipares.

Cette flaccidité utérine se voit du 4^e au 7^e mois environ de la grossesse ; on a pu la rencontrer au delà de cette époque.

La flaccidité isolée du corps de l'utérus, qui peut être si marquée que l'on sent le fœtus comme s'il était sous la paroi abdominale. Ce trouble de la tonicité utérine peut être passager ou inégal : on peut à un moment percevoir au palper un utérus que l'on limite et qui devient impalpable ; là, pas d'erreur de diagnostic ; mais si la flaccidité est persistante, on peut croire à une grossesse abdominale.

Souvent la flaccidité limitée à l'isthme utérin, c'est l'exagération du signe de Hegar, donne lieu à d'autres erreurs de diagnostic.

« Or il existe des cas où la flaccidité de l'isthme utérin et la différence de consistance entre ce dernier et le col sont tellement prononcées que l'exploration bimanuelle bien faite amène d'emblée l'examineur à saisir entre les deux mains le col utérin, qui donne alors l'impression très nette d'un petit utérus tout entier, tandis qu'il paraît y avoir au-dessus ou à côté de cet organe une tumeur molle plus ou moins kystique qui n'est autre que le corps de l'utérus gravide ; suivant le degré de développement de la grossesse, l'idée d'une tumeur kystique de l'ovaire ou celle d'une grossesse extra-utérine se présente tout naturellement à l'esprit, l'existence d'une grossesse extra-utérine paraît probable si l'on a pu constater les signes de certitude de grossesse ; on songe plutôt à un kyste de l'ovaire si le diagnostic de la grossesse paraît peu probable ou n'a pas été établi. » (Muret.)

En se plaçant au point de vue des rapports qui existent dans

ces circonstances entre le col et le corps de l'utérus, on distingue deux séries de cas :

a) Le col petit et court paraît être coiffé par la tumeur molle et kystique qui l'entoure, sans qu'il y ait un pédicule bien net ;

b) Le col très long par allongement hypertrophique est relié à la tumeur formée par le corps de l'utérus gravide par un véritable pédicule dû à l'amincissement et à l'allongement de l'isthme, le globe utérin est alors situé sur le côté ou en arrière du col.

Ce sont surtout des constatations au cours de laparotomies restées exploratrices qui ont permis une étude si précise :

Olshausen trouve au cours d'une laparotomie faite avec le diagnostic de grossesse tubaire de deux mois, une simple grossesse utérine avec un allongement du col, la tumeur latéro-utérine s'était redressée avant même que l'on incise la paroi. Sauf un allongement du col, rien ne distingue cette observation de celles que nous avons rapportées à propos des latéoflexions.

Damas et Armand trouvent en opérant leur malade « un utérus de forme globuleuse de consistance molle, sans contraction au palper, implantée sur un isthme et un col très allongés : l'utérus est comme pédiculisé.

Schickelé trouve « un utérus gravide de consistance kystique, ne se contractant pas et se différenciant par cette consistance d'une façon très nette du col et surtout de la partie supravaginale qui est très dure et longue. Entre les deux, il y a comme un sillon mou dû à l'extrême flaccidité d'une petite zone de la partie basse du corps utérin qui a simulé le départ d'un pédicule. » Le toucher vaginal avait chez cette femme montré un col long et dur.

Ces grossesses ont été souvent opérées pour des grossesses tubaires. Mais quelques signes qui permettent parfois de faire un *diagnostic* correct de grossesse utérine :

Le palper abdominal permet dans beaucoup de cas de reconnaître au niveau des parties latérales de la tumeur kystique les ligaments ronds de l'utérus dont la position, la forme et la direction sont typiques ;

Les contractions, c'est-à-dire les changements de consis-

tance de la tumeur kystique parlent en faveur d'un utérus gravide :

Quand le kyste se contracte, il forme souvent un tout avec le col et la difficulté de diagnostic disparaît ;

La recherche du siège des ligaments utéro-sacrés a pour Muret une très grande importance et lui a permis dans quelques cas de rectifier un diagnostic : si le toucher vaginal permet de reconnaître que les ligaments utéro-sacrés s'insèrent à la partie supérieure de l'organe que l'on croit être l'utérus tout entier, il indique par là même qu'il s'agit du col plus ou moins allongé, et non du corps ; l'abaissement du col à l'aide d'une pince permettra parfois de mieux reconnaître que les ligaments utéro-sacrés s'intéressent à la partie supérieure de l'organe que l'on croit être l'utérus tout entier, il indique par là même qu'il s'agit du col plus ou moins allongé, et non du corps :

L'abaissement du col à l'aide d'une pince permettra parfois de mieux reconnaître les rapports qui existent entre la tumeur kystique et le pseudo-utérus.

En cas d'allongement hypertrophique du col avec globe utérin latéral, en cherchant à redresser la tumeur, le pseudo-pédicule qui n'est autre que l'isthme ramolli peut prendre une consistance et un aspect tout différents, permettant de reconnaître que les organes ne font qu'un.

Certains de ces signes peuvent à première vue paraître un peu subtils, mais Muret cite plusieurs observations où il a permis un diagnostic.

TROISIÈME PARTIE

GROSSESSES DANS LES UTÉRUS MALFORMÉS

Anatomie : rappel d'embryologie

L'utérus est formé par la fusion de deux utérus élémentaires munis chacun d'une trompe et d'un ovaire provenant des canaux de Müller primitivement indépendants. Ceux-ci se rapprochent à leur partie inférieure, s'accolent et se fusionnent ; ce rapprochement s'étend de haut en bas du col au corps. Les cols sont les premiers fusionnés, puis la fusion des cavités se fait également de bas en haut en général. Les segments des canaux de Müller qui prennent part à la formation de l'utérus se développent plus particulièrement. Qu'un arrêt se produise dans leur coalescence ou dans leur développement, on se trouve en présence d'un utérus malformé.

Ces deux utérus élémentaires peuvent rester plus ou moins indépendants ; ils peuvent s'accoler en partie ou en totalité, en conservant leurs cavités distinctes ; ils peuvent se fusionner en partie ou en totalité, ne présentant qu'une seule cavité commune sur toute la hauteur où existe cette fusion. Les cols eux-mêmes peuvent être non plus fusionnés mais simplement accolés, en canons de fusil, ou complètement indépendants, les corps étant aussi simplement accolés ou complètement indépendants ; enfin les deux utérus élémentaires peuvent rester complètement indépendants sur toute leur hauteur.

Ces différentes variétés suivant le degré d'accolement ou de fusion se résument dans le tableau suivant qui correspond à la classification anatomique des utérus malformés suivant les stades de l'évolution embryonnaire.

Deux utérus	{	Cols indépendants	corps indépendants
		(utérus complètement indépendants)	
		Cols accolés	{ corps indépendants corps accolés corps fusionnés
	{	Cols fusionnés	{ corps indépendants corps accolés corps fusionnés

Il y aura symétrie de l'organe si le développement des canaux de Müller est égal de chaque côté. Il y aura asymétrie avec un côté plus petit si l'un des canaux de Müller s'arrête dans son développement.

Les malformations peuvent s'accompagner de malformations vaginales. Le vagin est formé par la fusion de deux vagins élémentaires provenant de la partie inférieure des canaux de Müller, et cette fusion se fait là aussi de bas en haut. Suivant qu'il y a simple accollement ou fusion incomplète on trouvera soit un vagin double dans toute sa longueur, c'est rare, soit plus souvent, à la partie supérieure du vagin, une cloison verticale sur quelques centimètres de hauteur, ou même une simple bride vaginale.

Etude clinique

La gestation est fréquente dans les utérus malformés et son évolution est si souvent normale que la malformation utérine reste inconnue. Mais de temps à autre on se trouve devant des symptômes en imposant pour une grossesse tubaire et l'erreur n'est reconnue qu'à l'intervention. Voici comment ces cas se présentent : on trouve à l'examen d'une femme ayant eu un retard de règles une tumeur latéro-utérine, et l'on pense à une trompe gravide ; quelques douleurs, quelques pertes rouges irrégulières semblent confirmer ce diagnostic.

Citons d'abord une observation d'utérus didelphe, à corps indépendants, à cols indépendants correspondant au type 1 de la classification d'Ombrédanne et Martin.

Un cas d'utérus didelphe. Expulsion d'une caduque. Grossesse unilatérale gauche prise pour une extra-utérine. (Obs. de Luthereau et Petit, C.R. S. française de gynécologie 1934, p. 180. Résumée.)

M^{me} C..., 17 ans 1/2, est prise le 30 avril de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, sans prépondérance unilatérale, s'exacerbant par crises ; nausées. Dernières règles le 5 mars ; en avril elles manquent. L'examen montre un abdomen souple ; au toucher vaginal on reconnaît un utérus augmenté de volume dont le col est fermé, de consistance normale ; à droite une masse ronde, indépendante, mobile, douloureuse.

L'expulsion le 2 mai d'une caduque complète impose à l'esprit le diagnostic de grossesse extra-utérine. On opère. On trouve, à côté d'un utérus une tumeur, fluctuante, plus volumineuse que le corps utérin. Ce n'est qu'au cours de l'extirpation de la tumeur que l'on reconnaît un deuxième utérus indépendant. Il contenait à l'intérieur de membranes intactes un petit fœtus de 4 cm. A un examen attentif du vagin la paroi latérale droite est marquée d'un orifice de la dimension d'un méat urinaire, un débridement conduit entre les deux cols absolument indépendants.

Ici l'expulsion d'une caduque semblait confirmer le diagnostic de grossesse tubaire ; remarquons qu'un examen systématique au spéculum aurait permis de rectifier le diagnostic en montrant l'anomalie vaginale.

D'habitude l'expulsion de la caduque de la cavité non gravidique se fait après l'accouchement ou après l'avortement, elle est rarement éliminée avant. Cependant Bonifaci (*) rappelle un cas cité par Bastian d'une femme de 23 ans n'ayant pas ses règles depuis deux mois qui présenta à la sixième semaine de l'évolution de métrorragies avec pertes d'une caduque et des douleurs dans le bas-ventre. Le corps est légèrement hypertrophié, dévié à droite, tandis que l'on trouve dans le cul-de-sac gauche une tumeur molle, indolore, assez mobile. On pose le diagnostic de grossesse tubaire et la laparotomie montre un utérus double avec une corne gauche gravidique.

Couvelaire et Bouffe de Saint-Blaise (*) ont publié une observation analogue où la caduque de l'utérus vide fut expulsé à cinq mois, tandis que la grossesse se terminait normalement à terme.

L'expulsion d'une caduque de la cavité non gravidique d'un



FIG. 19. — Gestation dans un utérus double. Coupe, partie antérieure. Dans la cavité droite (à gauche sur la fig.) un œuf, dans la cavité gauche (à droite sur la fig.) une caduque. La masse latéro-utérine droite (à droite sur le schéma d'examen) était un gros ovaire scléro-kystique droit. Ablation antérieure des anneaux gauches. (Obs. et dessin de Donay.)

utérus double n'implique pas toujours la mort de l'œuf, comme dans la gestation extra-utérine, et les réactions biologiques de la grossesse seraient un appoint précieux pour le diagnostic et permettraient d'éliminer la grossesse tubaire.

Citons encore une observation de Douay où l'expulsion d'une caduque fit porter à tort le diagnostic de grossesse extra-utérine. Il s'agissait d'un utérus double à corps accolés et à col unique correspondant au type IV de la classification d'Ombrédanne et Martin.

Utérus duplex unicollis gravide. Diagnostic grossesse extra-utérine : gestation dans une cavité, caduque dans l'autre. (Obs. du Dr Douay.)

On relève dans les antécédents de M^{me} Pa..., 24 ans, quatre fausses couches et une grossesse ectopique gauche. Actuellement (10 mai) elle perd du sang depuis le 3 mai, pas de douleurs ; ses dernières règles furent le 27 février, pas de règles le 27 mars ni le 25 avril.

À l'examen on trouve une masse latéro-utérine droite du volume d'une grosse prune, paraissant indépendante de l'utérus.

Diagnostic : on pense soit à un kyste folliculaire de l'ovaire droit avec troubles des règles, soit à une grossesse ectopique droite non rompue.

On complète l'examen au spéculum qui permet de découvrir une petite masse polypeuse engagée dans le col : il s'agit soit d'un débris de fausse caduque accompagnant une grossesse ectopique, soit d'une pseudo-membrane de métrite déciduiforme, indice d'une ovarite kystique ; un examen histologique montre que c'est une caduque. On en conclut au diagnostic de grossesse ectopique avec œuf mort, non rompu.

L'opération montre l'erreur de diagnostic : c'est un utérus double, à corps accolés, à col unique, avec un petit embryon dans l'utérus droit, une caduque dans l'utérus gauche qui partiellement détachée faisait saillie par le col commun. La tumeur était un ovaire droit scléro-kystique avec un corps jaune kystique.

On pratique une hystérectomie subtotale avec évidemment du col et on fait une greffe avec ce qui reste de l'ovaire après ablation de la partie scléro-kystique. (Fig. 19.)

Ces fausses grossesses tubaires peuvent se voir dans toutes les variétés d'utérus malformés. L'observation suivante concerne un utérus double à corps indépendants et à cols fusionnés du type III de la classification d'Ombrédanne et Martin.

*Grossesse dans un utérus bicornis unicollis. Evolution à terme.
(Natanson, in thèse Petrovskaïa.)*

Femme âgée de 25 ans, toujours bien portante ; réglée à 17 ans ; premières règles très douloureuses ; règles toutes les trois semaines ; durée : trois jours ; non douloureuses, peu abondantes ; il y a cinq mois elle a fait un avortement de 4 mois. Dernières règles il y a deux mois. Entrée à l'hôpital, le 9 décembre 1902, pour des douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté droit.

À l'examen : pigmentation sur la ligne médiane du ventre, les seins sont hypertrophiés. À la palpation, le flanc droit est douloureux. Toucher vaginal : col en arrière, ramolli, non augmenté de volume ; utérus en antéflexion, augmenté de volume, dévié à gauche, mobile. À droite de l'utérus on sent une tumeur allongée, régulière, sensible. Température normale.

Diagnostic : grossesse extra-utérine sans rupture.

Laparotomie le 18 décembre. On se trouve en présence d'un utérus bicornis unicollis ; une des cornes est gravide de deux mois, l'autre a l'apparence d'un utérus de forme normale et de consistance molle. Les annexes existent des deux côtés et ont une disposition symétrique. On n'enlève aucun organe et se contente de suturer la paroi abdominale et la femme se sent guérie, elle n'a plus eu de douleurs ; elle accouche spontanément à terme.

Dans cette observation la gestation a pu être menée à terme. Il n'en est pas toujours ainsi ; dans l'observation suivante de Douay, d'utérus didelphe unicervical la cavité primitivement la moins développée était distendue par l'œuf, sa paroi prête à se rompre et communiquant à peine avec le col.

Utérus didelphe unicervical. Grossesse dans la corne insuffisamment développée. Hémi-hystérectomie suivie d'une grossesse de l'autre côté ayant évolué à terme. (Obs. du Dr Douay.)

M^{me} P. T... est observée au cours du deuxième mois (Dr Pouliot) ; le diagnostic est très difficile entre une grossesse angulaire droite et une grossesse tubaire. On pensait plutôt à une grossesse ectopique : c'était une grossesse avec un utérus double avec un seul col (utérus didelphe unicervical).

L'opération fit connaître l'erreur. Le corps droit gravide, distendu, sa paroi amincie, prête à se rompre, se continuait avec l'autre

utérus au niveau du col par une sorte de tractus si mince qu'il parut impossible que l'enfant puisse trouver de ce côté une voie de sortie suffisante ; l'utérus gauche au contraire était mieux développé avec un col normal.

On pratique une hystérectomie subtotale du côté droit en conservant un bon utérus gauche avec trompe et ovaire.

L'opérée guérit sans difficultés, mais ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est qu'elle fit une grossesse qui fut menée sans incidents jusqu'au voisinage du terme, suivie par les D^{rs} Gaucherand et Quincieu de Lyon qui nous donnent les renseignements suivants :

« La grossesse s'est déroulée sans incidents jusqu'au voisinage du terme. L'organe suffisamment étoffé s'est prêté sans défaillance à l'ampliation exigée par le développement de l'œuf. Trois semaines avant le terme prévu, apparition d'une albuminurie notable (2 gr 50), puis écoulement des eaux et très rapidement début du travail. Contractions courtes et très espacées qui se renforcent et deviennent plus efficaces après la libération au doigt d'une agglutination typique du col. Après 7 heures de travail expulsion *spontanée* d'une fille vigoureuse de 2.640 gr. Ensuite inertie totale sans hémorragie. Après une attente de plus d'une heure je me suis résigné à pratiquer la délivrance artificielle. En explorant la cavité utérine je me suis rendu compte que le placenta était en grande partie inséré sur la cloison, région mince, non musclée ce qui expliquait l'absence des contractions physiologiques de décollement. L'accouchement a eu lieu le 29 janvier. Les suites sont actuellement (2 février) excellentes. L'enfant tette bien et ne présente aucun signe de débilité. »

Cette observation nous montre en outre l'intérêt d'une opération conservatrice, et nous amène à préciser l'évolution de la grossesse dans une corne utérine rudimentaire. Pour que celle-ci puisse être menée à terme il faut que cette corne ait assez de capacité et d'élasticité pour permettre à l'œuf de se développer, et qu'elle communique largement avec le col et le vagin pour que l'accouchement soit possible. Si ces conditions ne sont pas remplies l'œuf meurt ou l'utérus se rompt.

On se trouve alors devant un tableau d'hémorragie interne où l'examen fait porter le diagnostic de grossesse tubaire rompue. Erreur sans conséquence, puisqu'il faut intervenir, comme dans l'observation suivante.

*Rupture utérine dans un héli-utérus rudimentaire gravide.
(Conrad in thèse Petrovskaja.)*

Cette femme de 21 ans, multipare enceinte de 4 mois, a senti une violente douleur dans le bas-ventre, suivie de vomissements et d'une syncope. Deux heures plus tard elle est exsangue, le pouls imperceptible ; à l'examen, le col est petit, ramolli et à côté d'un utérus normal une tumeur est vaguement perceptible. Diagnostic : grossesse extra-utérine.

À la laparotomie, on trouve un œuf entier au milieu d'une importante quantité de sang et de caillots, l'utérus est largement ouvert et rétracté ; on découvre à côté de lui un second utérus intact de volume normal, qui lui est intimement soudé. Héli-hystrectomie. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit bien d'un utérus bicorne gravide, rompu au quatrième mois. Trompes et ovaires étaient en situation normale de deux côtés. La corne est fortement rétractée sur le placenta encore tout entier au fond de sa cavité. Le cathétérisme de l'utérus laissé en place montre un col petit et une cavité de 7 cm 1/2 sans cloison.

On conçoit que dans un utérus dont la malformation est importante une grossesse se développant dans une cavité utérine puisse simuler une tumeur siégeant à côté de l'autre utérus que l'on prend pour un utérus normal.

La même apparence peut être produite aussi par une grossesse dans un utérus dont la malformation est légère. Muret rapporte l'observation d'un utérus cordiforme où l'exploration manuelle après un avortement provoqué montra, non pas un septum mais une simple proéminence médiane au fond de l'organe ; à l'examen, une gestation développée à gauche avait donné l'impression d'une tumeur latéro-utérine.

Grossesse de cinq mois dans un utérus cordiforme simulant une grossesse extra-utérine. (Obs. Muret.)

M^{me} S..., six enfants, plusieurs fausses couches ; curettage à sa dernière grossesse. Depuis, régulièrement réglée. Dernières règles, mars 1894. En avril, perte de sang légère avec expulsion d'une sorte de membrane. Elle e présente à ma consultation le 29 juin. Robuste, bien portante, seins gros, pas de colostrum, ventre gros et flasque ; dans la fosse iliaque gauche, tumeur sphérique grosse comme le

poing, *changeant de consistance sous la main exploratrice*. Par le vagin, la portion vaginale est très ramollie et assez volumineuse, l'orifice externe est ouvert. Le col se dirige un peu à droite, et l'on peut palper au-dessus de lui un utérus augmenté de volume, allongé, antéfléchi et situé nettement du côté droit. Le long de son bord latéral gauche se trouve comme accolée à la tumeur que l'on sent depuis l'extérieur et qui présente maintenant une consistance tout à fait molle, et se dirige un peu en avant de façon à recouvrir un peu la face antérieure gauche de l'utérus. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. A droite de l'utérus, on peut palper l'ovaire droit. A gauche, il y a comme un ligament qui paraît se diriger de la partie supérieure de l'utérus vers la tumeur. On sent nettement l'utérus comme un organe complet, et je pense immédiatement à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; cependant, comme les rapports entre la tumeur et l'utérus me semblent très intimes, je songe également à la possibilité d'un utérus double avec grossesse dans l'une de ses cavités et mets la malade en observation.

Je revois la malade quelque temps après. Elle a fait la veille un long voyage pour consulter un professeur célèbre. Celui-ci fait le diagnostic de grossesse ectopique et introduit l'hystéromètre dans l'utérus. Il propose de l'opérer le lendemain. Dans les jours suivants, pertes aqueuses et sanguines, assez vives douleurs, bon état général. Le tableau change au point de vue de l'examen local. Le toucher vaginal montre le col ouvert jusqu'au niveau de l'orifice interne, l'utérus est toujours nettement palpable en antéro-dextro-flexion ; il se détache très nettement de la tumeur qui occupe comme auparavant son bord gauche. Les mouvements imprimés à la portion vaginale se transmettent seulement à droite, à l'utérus, tandis que la tumeur n'y participe pas. Cette indépendance de l'utérus et de la tumeur et l'indépendance également des contractions, de ces deux corps me font admettre la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Quelques heures plus tard, expulsion d'un fœtus de quatre mois et demi. Le col est simple, la cavité utérine est vaste, spacieuse et très large. A droite, le doigt pénètre dans une corne utérine très allongée ; à gauche, la cavité est grande et arrondie. Il n'existe pas de septum, mais une proéminence médiane au niveau du fond de l'organe, qui est ainsi divisé en deux cavités. Le palper abdominal permet de reconnaître nettement que l'utérus est très large et que le fond présente un enfoncement médian qui lui donne l'aspect typique de l'utérus cordiforme ou arqué. J'enlève quelques débris placentaires, suite de couches parfaitement normales.

Nous ne passerons pas en revue toutes les variétés d'utérus malformés qui peuvent simuler une grossesse tubaire, en particulier nous n'étudierons pas les grossesses dans les utérus mal-

formés faisant croire à une grossesse abdominale ; mais nous décrirons quelques signes s'appliquant à l'ensemble des utérus gravides malformés qui permettent parfois un diagnostic.

Diagnostic

Il est fréquent de voir la gestation dans un utérus malformé se dérouler normalement jusqu'à terme, laissant insoupçonnée l'anomalie utérine découverte ultérieurement.

Dans d'autres cas, la malade se fait examiner ou vient consulter pour des troubles fonctionnels légers : à l'examen l'utérus peut paraître sensiblement normal ; ou bien l'on découvre une tumeur qui peut simuler une trompe gravide, on surveille alors la malade. Les petits troubles fonctionnels disparaissent, la tumeur s'incorpore à l'utérus qui peut même, à la fin de la gestation, présenter un aspect globuleux sensiblement normal ; l'accouchement peut être normal ; et si l'on a l'occasion de pratiquer un examen quelque temps après, on peut observer la déformation utérine ; mais à ce moment celle-ci peut parfois passer inaperçue et l'on a pu dans ces formes porter à tort le diagnostic de grossesse angulaire.

Si, en plus d'une tumeur, il existe des troubles fonctionnels importants : douleurs, hémorragies, et même, dans quelques cas rares, élimination d'une caduque, on croit facilement à une grossesse tubaire dont on craint la rupture et souvent l'erreur n'est reconnue qu'à l'intervention.

Quand on se trouve en présence d'un tableau d'hémorragie interne, on opère la malade en pensant à une rupture tubaire et c'est seulement à la laparotomie que l'on découvre la rupture utérine siégeant souvent au niveau de l'hémi-utérus gravide, insuffisamment développé.

Après avoir passé en revue les conditions les plus fréquentes où l'on porte le diagnostic de grossesse tubaire, nous allons décrire quelques signes qui peuvent permettre, quand on les observe, de penser à une anomalie de développement utérin.

A l'interrogation on peut relever dans les antécédents l'histoire d'*avortements multiples* ou de *présentations vicieuses* ; mais souvent aussi ces femmes ont pu mener à terme plusieurs gestations, avec des accouchements normaux.

Un examen systématique au spéculum montre quelquefois une bride ou une *anomalie vaginale*, et au niveau du col un double orifice. Ces constatations permettent de penser à une anomalie du corps utérin.

La tumeur peut paraître *accollée à l'utérus*, se différenciant ainsi d'une grossesse tubaire ; ce signe n'est pas toujours facile à apprécier ; nous avons cité une observation où la tumeur gravide paraissait tout à fait indépendante à un premier examen alors qu'elle faisait partie intégrante d'un utérus cordiforme. Mais en suivant l'*évolution* on assistera souvent, comme dans ce cas à des changements de rapport entre les deux masses qui s'incorporent l'une à l'autre.

Dans certaines variétés d'utérus doubles à corps plus ou moins indépendants, il peut exister un *ligament vésico-rectal* que l'on recherchera à l'examen.

La perception d'un *ligament rond* partant du pôle externe de la tumeur indique que celle-ci est bien l'utérus ; ce ligament rarement senti au toucher vaginal serait plus facilement trouvé à la palpation de l'abdomen quand la gestation est plus avancée.

Un autre signe a une grande valeur quand il est perçu : c'est la *contraction de la tumeur*, prouvant qu'elle appartient bien au muscle utérin.

Après l'accouchement l'*exploration manuelle de la cavité utérine* peut permettre de constater par en dedans l'anomalie utérine ; on hésite quelquefois à faire cet examen, on le remplacera quelques mois plus tard par une *exploration lipiodolée* qui révélera une malformation utérine passée jusque-là complètement inaperçue.

Ces derniers signes permettent seulement un diagnostic après coup. Voici la conduite que l'on peut tenir dans ces cas :

Devant un tableau d'hémorragie interne il faut intervenir le plus tôt possible ;

Si l'on est en présence d'une tumeur latéro-utérine avec quelques troubles fonctionnels, il faut penser à la possibilité d'une grossesse tubaire et surveiller la malade en milieu chirurgical où l'on reste prêt à intervenir ; l'évolution peut être favorable éliminant de ce fait une grossesse extra-utérine et permettant souvent de mener jusqu'à terme une gestation dans un utérus malformé ;

Si la tumeur n'a aucune tendance à s'incorporer à l'utérus,

tandis que les signes fonctionnels persistent ou deviennent plus intenses, on sera porté à intervenir et le diagnostic sera fait au cours d'une laparotomie qui permettra un traitement suivant les constatations anatomiques.

Nous signalerons pour le document radiographique (fig. 20) une observation de Steinharter (*) où le diagnostic de gestation dans une cavité d'un utérus bicorne unicol a été fait par un examen lipiodolé au deuxième mois sans empêcher



FIG. 20. — Gestation dans un utérus bicorne, vers le 2^e mois (E. C. Steinharter).

une évolution à terme. L'auteur estime que ce moyen de diagnostic est formellement contre-indiqué dès que l'on soupçonne une grossesse, sauf dans les cas très rares où il existe des indications d'avortement.

Dans les cas où l'utérus est nettement malformé on pourra parfois éliminer le diagnostic de grossesse tubaire et arriver à reconnaître l'anomalie de l'utérus, mais dans d'autres cas, où la malformation utérine est minime, l'utérus a pu paraître normal. En outre tous les degrés existent entre l'utérus légèrement malformé et l'utérus à développement parfait, et il est impossible de séparer nettement ces deux groupes : suivant la

tendance des auteurs, certains utérus appréciés légèrement malformés par les uns seront considérés normaux par les autres.

Nous nous demandons si des utérus qui présentent en dedans une très légère saillie au niveau du fond, un ébauche d'éperon, ou dont l'image lipiodolée montre soit une inégalité des cornes, soit un isthme court, soit au contraire des cornes courtes, ne doivent pas être considérés comme des variations de morphologie utérine dépendant de l'évolution embryonnaire, plutôt que des malformations utérines.

Ces très légères malformations révélées par la radiographie, ou découvertes à l'occasion d'une gestation par l'exploration manuelle de la cavité utérine après l'accouchement pendant que l'utérus revient sur lui-même ne paraissent cependant pas être à l'origine des simples développements irréguliers de l'utérus au début de la grossesse, que Le Lorier (*) a décrites « lorsqu'il y a certaines déformations du côté des cornes réalisant les types d'utérus uni ou bicornes ».

Pour terminer nous rappellerons que certaines grossesses simulant une grossesse angulaire, n'étaient en réalité que des gestations dans des utérus doubles nettement malformés, où l'on a vu l'œuf siéger au début entièrement dans un héli-utérus (obs. Desnoyers), et l'une des conditions du diagnostic de la grossesse angulaire est le contrôle aux rayons X de la cavité utérine ; cette épreuve dans une observation de J. Quénu a montré une cavité utérine à disposition bifide (fig. 12, 15 et p. 104) tandis que l'exploration de la face externe de l'utérus au cours d'une laparotomie ne permettait pas de conclure à un utérus malformé.

Mais plus nombreuses ont été les erreurs de diagnostic qui ont fait croire à une grossesse tubaire alors qu'il s'agissait d'une grossesse dans un utérus malformé.

OBSERVATIONS

Observations de grossesse angulaire

Gestation dans un utérus gravide inégalement développé. Signes fonctionnels importants. Difficulté du diagnostic. Laparotomie. (Obs. inédite de la clinique Baudelocque. Prof. Couvelaire).

M^{me} Ro..., Marie-Louise, couturière, 19 ans.

Premières règles à 15 ans, non douloureuses, peu abondantes, durant 3 jours, apparaissant toujours avec 3 ou 4 jours de retard ; pas de pertes blanches.

Premier rapport à 19 ans ; les règles suivantes (du 26 au 30 août 1923) sont douloureuses pendant toute leur durée.

Le 5 septembre, la malade remarque que ses seins grossissent. Elle présente en outre de petites nausées continuelles, des douleurs sourdes dans le bas-ventre à gauche, des pertes jaunes, des envies fréquentes d'uriner, une sensation de cuisson en urinant.

Elle ne voit pas ses règles en septembre.

Le 13 octobre : le soir, la malade est prise d'une violente douleur abdominale, localisée surtout à gauche, l'empêchant de dormir. Elle se met à perdre des glaires filantes, jaunâtres, abondantes.

Le 14 octobre, à 5 heures, elle a une abondante perte de sang, précédée d'une violente douleur qui se calme durant l'hémorragie.

A 9 heures : après une très violente douleur, elle expulse un certain nombre de caillots. Les douleurs se calment à ce moment. Dans la journée, elle perd encore un ou deux caillots et les douleurs cessent presque complètement. Le lendemain, douleurs et hémorragies ont disparu et la malade se lève.

Le 18 octobre, nouvelle nausée et douleurs à gauche. Pertes jaunâtres en abondance.

Le 27 octobre, la malade vient consulter à Baudelocque pour ses douleurs et ses pertes quotidiennes qui persistent.

M. Levant, pensant à une grossesse ectopique ou à une grossesse angulaire gauche, la fait entrer salle Trélat.

Le 29 octobre, M. François, percevant une masse gauche rénitente, arrondie, pense à la possibilité d'une gestation ectopique, d'une gestation angulaire, ou d'un kyste de l'ovaire.

L'examen général ne montre rien d'anormal, une réaction de Hecht est négative.

Le 30 octobre, la malade se plaint de douleurs abdominales surtout marquées à gauche dans la fosse iliaque et dans la région para-ombilicale.

Le 31 octobre, MM. Levant et François examinent à 10 h. 30 la malade qui n'a pas uriné depuis 2 h. 30 du matin. Ils trouvent dans la région para-ombilicale gauche une petite masse rénitente peu douloureuse que l'on peut mobiliser sous le grand droit gauche transversalement.

L'utérus augmenté de volume est situé derrière une vessie distendue. A 11 h. 30, après une miction abondante, ils trouvent à l'examen un utérus paraissant en latéroflexion droite, tordu sur lui-même, dont la face antérieure regarde un peu à droite. Le col est ramolli avec un orifice regardant en bas et à droite. De plus, on sent à la partie gauche de cet utérus une masse arrondie, rénitente en haut et en arrière, plus ferme en avant et en bas. Le col paraît se continuer avec la partie inférieure de cette masse.

Le 12 novembre, cette femme se plaint de douleurs abdomino-pelviennes survenues depuis 4 jours, assez violentes, avec météorisme, sans vomissements.

L'examen montre à la partie gauche d'un utérus gravide de 3 mois, une masse moins grosse, à contours nets, rénitente, dure.

Opération le 15 novembre (MM. Levant et François). Laparotomie exploratrice : gestation dans un utérus inégalement développé, avec proéminence de la corne gauche.

Cette femme quitte l'hôpital en bonne santé, le 2 décembre.

Utérus gravide inégalement développé. (Obs. inédite de la clinique Baudelocque. Prof. Couvelaire.)

M^{me} G... G., couturière, 24 ans, entre le 4 août 1924 salle Trélat. Réglée à 14 ans, ses règles sont régulières, douloureuses, durent 4 jours ; la femme s'évanouit souvent pendant ses règles. Elle présente depuis quelque temps des pertes blanches abondantes et des douleurs à droite.

En avril 1924, cette femme qui présentait auparavant des pertes blanches, se mit à perdre des pertes jaunâtres et même verdâtres ; elle souffrait dans le côté droit. Elle consulta un médecin en ville, qui porta le diagnostic de métrite purulente et rétroversion utérine, et prescrivit des injections.

Cette femme a eu ses règles du 7 au 11 juin. Depuis, elle n'a plus eu ses règles.

Le 25 juillet, tandis que persistaient encore des pertes blanches moins abondantes, elle eut subitement une *perte d'eau*, claire, avec quelques filets de sang au début et une température de 39°.1. Cette femme ne ressentit aucune douleur subite. Cette perte d'eau dura toute une journée. Aucune tendance syncopale. Les jours suivants, quelques douleurs dans les reins et le bas-ventre.

4 jours après, nouvelle perte d'eau avec quelques petits filets de sang.

Restée couchée, cette femme entre à Baudelocque le 4 août.

À un premier examen, on trouve un utérus médian de 2 mois environ et à droite une masse rénitente douloureuse.

À 2^e examen, la masse latéro-utérine droite semble avoir nettement augmenté. D'autre part, la femme accuse des douleurs spontanées dans le côté droit, qui, sans être extrêmement violentes, ont augmenté cependant d'intensité.

Le 18 août, M. François conclut à une gestation dans un utérus inégalement développé, dont la région de la corne droite est plus développée et douloureuse, avec annexite droite. Pas d'albumine.

Le 26 août (M. François). L'utérus est augmenté de volume, l'orifice du col regarde à droite, le col est ramolli. Le segment antérieur paraissant en antéflexion est de consistance assez résistante. Le reste de l'utérus, surtout dans la région de la corne droite qui est beaucoup plus développée, est de consistance molle. On ne perçoit pas de contractions lors de cet examen. L'annexite droite n'est pas retrouvée. On trouve de nouveau au toucher une sensation d'anneau vaginal à la partie haute du vagin.

Diagnostic : *utérus gravide de 2 1/2 mois à 3 mois inégalement développé.*

Ces pertes et ces douleurs ayant cessé depuis 8 jours, cette femme est autorisée, le 28 août, à sortir pour se reposer chez elle.

Revue à la consultation de gynécologie en *mi-septembre*, on trouve un utérus plus uniforme, bien développé pour l'âge de la gestation.

Gestation au début dans un utérus inégalement développé.

Petites pertes de sang, phénomènes douloureux.

(Obs. inédite de la clinique Baudelocque. Prof. Couvelaire.)

M^{me} E..., 25 ans, entre à la salle Trélat le 22 novembre, parce qu'elle a présenté des douleurs abdominales accompagnées de malaises depuis un arrêt de règles de 4 mois. Toujours réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, elle n'a jamais fait de fausse couche.

1^{re} gestation en 1922, normale, terminée par un accouchement spontané à terme d'un garçon bien portant de 8 livres, élevé au sein pendant 2 mois à peine. Suites de couches normales. Retour de couches après le sevrage. Règles régulières. Aucun trouble jusqu'en août 1924.

Du 26 au 30 août, règles normales.

En septembre, pas de règles, quelques vomissements sans douleurs.

Pendant le mois d'octobre : douleurs peu violentes, de courte durée, survenant par intermittence dans la partie droite de l'abdomen, avec irradiation dans le membre inférieur.

Le 28 octobre, pertes rosées pendant très peu de temps. A ce moment, elle ressentit une douleur brusque, violente, dans tout l'abdomen, maxima à droite, l'obligeant à se mettre au lit pour une journée ; en même temps, elle ressentit des malaises, des vertiges, mais ne fit pas de syncopes.

En novembre, pas de règles, pas de pertes, aucun autre signe.

Le 24 novembre, on trouve, à l'examen, un utérus gravide antéfléchi de la taille d'un utérus de 2 mois. On trouve à droite une masse se continuant avec l'utérus ; le sillon qui les sépare est très peu net, marqué surtout par une différence de consistance. Cette masse plus molle paraît aussi volumineuse et est beaucoup plus douloureuse ; la masse gauche se continue avec le col qui regarde en bas et à droite.

On hésite entre le diagnostic d'utérus gravide inégalement développé ou de gestation ectopique droite non rompue, ou même d'annexite.

Le 3 décembre, cette femme n'a pas présenté de pertes de sang ni de pertes jaunes depuis son entrée. A l'examen, on trouve un utérus gravide un peu cordiforme, du volume de près de trois mois.

La consistance est un peu plus ferme sur la partie droite. Une contraction était nettement perçue sur toute l'étendue de la tumeur utérine.

Un prélèvement des pertes au niveau du col montre : des filaments muqueux nombreux, de rares leucocytes, une flore microbienne nulle. Réactions de Wasserman et Hecht négatives. Sort le 4 septembre.

Utérus gravide de trois mois inégalement développé
(Obs. inédite de la clinique Baudelocque. Prof. Couvelaire.)

M^{me} W... entre à la clinique le 11 janvier 1930.

Du 1^{er} au 10 janvier, elle a eu 38° ou 38°5 de température, de violentes céphalées et des vertiges, et les 6 et 7 janvier, trois épista-

vis. A son entrée, elle est apyrétique, n'a pas de douleurs spontanées ni de pertes sanguines.

Examinée le 12 janvier, on trouve au toucher deux masses: l'une gauche dont la consistance rappelle la rénitence gravidique du volume d'un utérus de 2 mois 1/2 à 3 mois environ, situé sur un plan antérieur, elle se continue avec la masse droite ;

Celle-ci, plus petite, plus dure, se continue elle-même avec le col, et paraît être l'utérus. Entre les deux masses, on sent un sillon, surtout marqué par suite de la différence de consistance.

Revue le 20 janvier, 8 jours plus tard, on trouve un utérus de 3 mois, à contours assez réguliers, se contractant très facilement sous la main dès que l'on découvre la malade. La partie gauche est à ce moment plus dure, la partie droite plus molle.

Le cul-de-sac gauche est un peu douloureux. Pas de douleurs spontanées à l'abdomen, mais sensation d'endolorissement. Pas de douleur à la pression de la région costo-lombaire.

L'appétit, très réduit à l'entrée, devient meilleur ; pas de vomissements. Tendance marquée au sommeil et à l'asthénie. Pas de céphalée. Pas de pertes de sang. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Hématosalpinx probable. Laparotomie. Grossesse angulaire, à fluxion à droite et en arrière. (Obs. inédite, Dr J. Quénu.)

M^{me} La..., 25 ans, entre pour des *métrorragies* ; réglée depuis l'âge de 13 ans, très régulièrement ; crise de salpingite gauche il y a 4 ans, pour laquelle elle est restée un mois au lit. Une fausse couche de 3 mois il y a 2 ans.

Dernières règles le 21 novembre, normales comme d'habitude ; en décembre, rien. En janvier : le 17 janvier, hémorragie, vomissements, coliques utérines un peu comme pour une fausse couche, quelques caillots ; reste 15 jours sans perdre, puis nouvelle petite hémorragie noire et rouge.

Depuis, quelques gouttes de sang, douleurs lombaires, vomissements persistants, jusqu'à ces derniers jours. Seins augmentés de volume, pas de colostrum.

Examen (Dr Quénu), 21 février : masse latérale droite, collée à l'utérus, hématosalpinx probable.

22 février : on sent nettement le fond utérin à gauche, une masse molle à droite. Gestation ectopique en évolution probable.

Laparotomie le 27 février. Ce n'est pas une grossesse tubaire, mais une grossesse angulaire, en fluxion à droite et en arrière. Annexes absolument saines. Parois en trois plans (Jean Quénu). Sortie le 13 mars.

*Laparotomie pour grossesse tubaire. Grossesse angulaire
(Obs. inédite. D^r J. Quénu.)*

M^{me} Du..., 26 ans. Opérée le 11 décembre 1934 d'appendicite, a des coliques néphrétiques avec expulsion de calcul, et sort le 23 décembre en bon état.

Admission d'urgence le 25 mai 1935, à 23 heures, pour une grossesse tubaire (D^r J. Quénu). Je suis appelé à 19 h. chez M^{me} Du... Après un retard de règles, elle a été prise d'un point douloureux assez violent dans le bas-ventre. En même temps, petite perte de sang, brunâtre, température à 38°. Au toucher, cul-de-sac de Douglas très sensible, masse douloureuse à gauche d'un utérus augmenté de volume et de consistance molle.

Compte rendu opératoire. Anesthésie : éther et CO². Grossesse angulaire.

Incision cutanée dans le pli sus-pubien, le reste de la paroi verticalement. Pas de sang. Utérus manifestement gravide et violacé. Annexes saines. A gauche, grossesse en fluxion de la corne utérine, mais n'empiétant pas sur l'orifice tubaire (fig. 13); on la laisse. Parois en trois plans.

Sortie le 8 juin.

Utérus gravide bilobé, avec renflement principal à gauche, un renflement moins important à droite (laparotomie). (Obs. inédite des D^{rs} J. Thoyer-Rozat et J. Quénu.)

M^{me} Ver..., 28 ans, primipare, vient consulter à la Maternité le 20 octobre 1926 pour sa grossesse ; dernières règles le 13 juillet 1926 ; nausées, seins gonflés.

Par le toucher vaginal, le D^r Thoyer-Rozat trouve une grosseur latéro-utérine droite et pense à une grossesse extra-utérine. Pas de métrorragies, aucun signe d'hémorragie, pas de douleurs.

Examen. Jeune femme enceinte de trois mois ; toucher vaginal : tumeur anté-utérine presque sous la peau faisant une voussure. On sent une masse latéro-utérine antérieure gauche que l'on craint être une grossesse tubaire en évolution, ou un kyste.

Laparotomie exploratrice (Jean Quénu), le 21 octobre.

Il s'agit bien d'un utérus gravide bilobé avec un renflement principal à gauche, un renflement moins important à droite. Suture soignée de la paroi.

Entre à la Maternité de Bon-Secours le 18 avril 1927, perdant de l'eau depuis deux jours. Premières douleurs le 19 avril à 10 h. ;

travail sans incidents : dilatation complète à 15 h. 15 ; expulsion après une demi-heure d'efforts, d'un garçon de 3.390 gr. Le travail a donc duré 5 h. 45. Le placenta pèse 520 gr.

Suites de couches normales. L'enfant pèse à la sortie, le 2 mai, 3 kg 640.

La paroi abdominale, vue le jour du départ, est en très bon état.

*Grossesse en fluxion, vue à l'intervention. Radio : utérus bifide.
(Obs. inédite. Dr J. Quénu.)*

M^{me} R..., 24 ans, primipare, dernières règles du 5 au 10 septembre, est envoyée le 17 janvier 1933 par le Dr Thoyer-Rozat pour grossesse et kyste, opérée le 19 janvier pour grossesse isthmique du côté droit. Anesthésie : éther plus CO². *Laparotomie* : c'est une grossesse angulaire droite.

Le côté droit de l'utérus se prolonge par une masse ovalaire, semblant très mince et fluctuante, contenant certainement l'œuf. (Fig. 12.)

Sur l'avis du Dr Thoyer-Rozat, assistant à l'opération, j'incise la paroi utérine sur la ligne du fond, au niveau de la masse, j'arrive sur le placenta ; je décolle l'œuf entier sans l'ouvrir. Suture de la paroi utérine en deux plans au catgut. Paroi abdominale en un plan au chanvre (Jean Quénu).

Bref, *césarienne* conservatrice. Suites opératoires normales. Sera radiographiée dans quelques mois pour voir si l'utérus est normal ou bifide. Un lipiodol fait le 26 juin 1933 montre deux cavités utérines, l'une presque verticale, à gauche, l'autre horizontale à droite, réunies à gauche de la ligne médiane par une courte portion commune. La trompe droite est perméable (fig. 15).

Le 10 décembre 1934, revue de nouveau enceinte et, semble-t-il, du même côté. Accouchée le 16 juin 1935 d'un enfant vivant : entre le 28 mai, à 22 h., n'ayant qu'une grossesse de 8 mois 1/4 environ, et ayant commencé de perdre de l'eau à 14 h. Les premières douleurs paraissent le 29, à 4 h. du matin ; la présentation en G.A. est profondément engagée. La dilatation se fait progressivement ; elle est complète le 29, à 15 h., et l'expulsion ne dure que 50 minutes, donnant naissance à un garçon de 1 kg 950 : le travail a duré 11 h. 50. Le placenta pèse 370 gr. L'enfant se développe rapidement et pèse à la sortie, le 12 juin, 2 kg 300.

Grossesse angulaire. Laparotomie. Utérus gravide normal.
(Obs. inédite. D^{rs} Thoyer-Rozat et J. Quénu.)

M^{me} Dur..., 24 ans. Vient consulter le 30 avril 1928 pour des douleurs dans le ventre, surtout du côté gauche. Dernières règles le 29 janvier 1928, enceinte de trois mois. Un enfant de 20 mois.

Examen : utérus gravide de 3 mois surmonté à gauche d'un fibrome gros comme une orange. Consulter le D^r J. Thoyer-Rozat. Celui-ci ne confirme pas cette impression.

Le 11 mai 1928 : les douleurs continuent et la malade est hospitalisée à la Maternité dans le service du D^r Thoyer-Rozat, puis elle est rentrée chez elle quelques jours.

Le 18 mai, elle revient parce qu'elle continue à souffrir violemment et « ne peut continuer à souffrir ainsi » : douleurs continuelles et assez vives pour empêcher la malade de dormir.

Toucher vaginal, même impression (J. Quénu). Je crois sentir une masse dure, à gauche, surmontant l'utérus et je pense à un fibrome plus ou moins pédiculé qui se tordrait.

Laparotomie le 22 mai : utérus gravide, pas de fibrome, rien aux annexes ni ailleurs qui puisse expliquer ces douleurs. On sectionne seulement une bride d'aspect inflammatoire qui unit le colon pelvien au ligament large. Paroi fermée très soigneusement en deux plans (Jean Quénu).

Evolution : sortie le 9 juin, elle a mené sa grossesse à terme et a eu depuis un autre enfant, sans incident.

Corne droite anormalement développée au 4^e mois d'une gestation.
Laparotomie : utérus gravide normal. (Obs. inédite. D^r J. Quénu.)

M^{me} Dag..., 28 ans, entre le 23 novembre 1933 à Bon-Secours. Lettre du D^r J. Lançon du 21 novembre 1933 :

« M^{me} Dag..., 28 ans, 3^e grossesse, pas de fausse couche ; 4^e mois environ. Douleurs, métrorragies, au toucher utérus haut situé, douleur dans le cul-de-sac, gros col de métrite, au palper utérus étalé, haut, *corne droite paraissant anormalement grosse*. Grossesse tubaire. »

Antécédents : 1^{re} grossesse il y a 7 ans, suivie d'un curetage 3 jours après l'accouchement ; 2^e grossesse il y a 4 ans, accouchement normal. Bien réglée jusqu'en juillet. Dernières règles du 22 au 30. Jusqu'au 15 août, pas de pertes sanguines. Du 15 août au 16 octobre, petites pertes quotidiennes de sang noir ; un médecin consulté diagnostiqua une grossesse normale. Au début d'octobre,

perles plus abondantes et, le 20 novembre, consulte le docteur Lanchon.

Etat actuel, le 23 novembre : bon état général, pouls à 80.

Toucher vaginal : col très haut, gros, irrégulier ; on ne perçoit pas nettement l'utérus qui ne semble pas très augmenté de volume et se trouve à gauche.

Par le palper combiné au toucher, on limite une masse lisse, régulière, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, semblant indépendante de l'utérus. Est opérée le lendemain 24 novembre. Anesthésie : éther plus CO².

La laparotomie montre un *utérus gravide*. Perd après l'opération. Voit le Dr Thoyer-Rozat qui conseille le repos chez elle.

Revient le 2 janvier 1934, ayant fait sa fausse couche, 4 mois 1/2 environ, chez elle, et saigné abondamment ; la délivrance a tardé, mais s'est faite sans manœuvres manuelles. Continue à perdre dans les jours qui suivent. Rétention d'un cotylédon ? Ces pertes diminuent progressivement, la malade n'a pas de température. L'utérus revient sur lui-même mais le col reste ouvert. Sort en bon état le 15 janvier 1934. Fin 1935, M^{me} Dag... allait très bien et n'avait pas fait de grossesse nouvelle.

Grossesse angulaire. Difficultés du diagnostic.

(Obs. inédite. Dr Abricossoff.)

M^{me} Yvonne M..., 22 ans, qui suit très assidûment notre consultation de nourrissons pour son premier bébé, Claude, âgé de 16 mois, arrive au dispensaire, un jour, très fatiguée, se plaignant de maux de tête, douleurs abdominales et vomissements.

Un examen est pratiqué, presque d'urgence. On constate :

1° Qu'il s'agit d'une femme très pâle, très nerveuse, et qui a un retard de règles de 8 à 10 jours environ ;

2° Qu'elle présente des douleurs abdominales spontanées et provoquées dans la *fosse iliaque gauche* où l'on perçoit par le toucher combiné au palper une masse semi-molle, semi-fluctuante, *excessivement douloureuse*, si douloureuse que de ce fait un examen complet est presque impossible ;

3° Le col est ramolli et l'utérus un peu gros est en rétroversion marquée.

Assez inquiète ; nous prescrivons : repos complet, glace sur le ventre, expectative armée.

Nouvel examen 8 jours après.

M^{me} M..., qui souffre beaucoup moins de son ventre et n'a pas revu ses règles, a des pertes blanches très épaisses et toujours des nausées.

Au toucher, l'utérus a augmenté de volume, mais peu, et, ce qui est plus net, c'est une tumeur dans la région tubaire gauche, tumeur fluctuante *avec une sensation brusque de durcissement*. A ces moments, on a l'impression d'avoir sous le doigt une salpingite gauche ou une grossesse extra-utérine.

Devant ces deux éventualités, nous essayons de faire comprendre à M^{me} M... que l'hospitalisation est nécessaire. Elle la refuse. Cependant nous obtenons une consultation avec le D^r B..., chirurgien des hôpitaux, qui, lui aussi, conclut à une possibilité de grossesse tubaire et fait faire une épreuve de Aschheim-Zondek sur une lapine. La lapine meurt. Le D^r B... propose à M^{me} M... d'entrer dans son service de chirurgie. Refus. Quelques jours après, on refait une épreuve sur une lapine : *résultat positif*.

A ce moment les douleurs dans le ventre ont complètement disparu. M^{me} M..., qui se lève et vaque à ses occupations, se sent mieux. Elle dit n'avoir que peu de pertes blanches et ses nausées diminuent (3^e mois).

L'examen montre que l'utérus qui se développe toujours en arrière et à gauche *semble faire corps avec la tumeur dure et arrondie de la trompe gauche*. Celle-ci est absolument indolente au toucher comme au palper. Il n'y a eu depuis la date des dernières règles aucune perte de sang.

M. B..., consulté une deuxième fois, pense à une *grossesse angulaire* et diffère l'opération qui la première fois avait été jugée très probable. Depuis M^{me} M... est revenue plusieurs fois à notre consultation. L'utérus au quatrième mois a pris une forme arrondie et médiane. Nous l'avons revue à plusieurs reprises jusqu'au neuvième mois. Evolution normale. Examen du bassin : normal.

Le 16 novembre 1935, M^{me} M... entre à la Maternité Cognacq-Jay où elle accouche à 9 h. 35 d'un garçon de 2.950 gr. Durée du travail : 4 h. 35. Dégagement en O. D.

La délivrance parut s'effectuer normalement ; poids du placenta : 570 gr. Mais les membranes étaient déchirées incomplètes, et les parties qui restaient dans l'utérus furent détachées à la main. (Les détails plus précis manquent.)

L'enfant a une rate un peu grosse ; on lui fait des frictions mercurielles.

La mère, sans antécédents pathologiques, a eu un premier enfant en 1933, Claude, 20 mois, présentant un syndrome de Little, qui ne marche pas et ne parle pas encore. On fait à cet enfant un traitement au sulfarsénol.

M^{me} M... a eu pendant sa deuxième gestation 2 séries complètes de sulfarsénol intra-musculaire.

Le mari, âgé de 22 ans, est atteint d'insuffisance mitrale.

Grossesse angulaire. (Obs. Turenne.)

M^{me} Ch..., Anglaise, 41 ans, pas d'antécédents pathologiques ; a mené trois grossesses à terme ; ses enfants sont tous anormaux, un hydrocéphale, un idiot.

Dernières règles en août 1919. La grossesse a évolué normalement jusqu'à son arrivée à Montevideo (sauf quelques malaises dus à un prolapsus utérin?). Entrée à la clinique Edouard VII sur le conseil de son médecin habituel qui, considérant les anomalies de ses fils antérieurs, lui conseillait l'interruption de sa grossesse (15 décembre 1919).

De D^r Artagaveytia s'occupe d'elle et constate : femme mince, dont la palpation abdominale facile permet, combinée au toucher vaginal, de percevoir un utérus gravide de 3 à 4 mois, et sur le côté une tumeur kystique ayant tous les caractères classiques d'un kyste de l'ovaire.

Appelé en consultation je confirme ce qu'a observé mon collègue, et nous sommes d'accord pour conseiller l'extirpation de la tumeur.

On intervient le 20 décembre. Anesthésie morphine-kélène-éther. Incision de Pfannenstiel, petite. L'examen montre un utérus gravide de forme et de consistance irrégulière. La partie droite a les caractères normaux qui correspondent à une grossesse de 4 mois, mais à gauche et en formant presque les deux tiers de la tumeur gravidique, toute la corne gauche forme une tumeur fluctuante, de parois minces, de couleur violacée et nettement séparée de la masse droite par un sillon, dans lequel on peut mettre en contact les parois antérieure et postérieure. Le pseudo-sillon est celui que l'on a trouvé à l'examen bimanuel. Le ligament rond s'insère au dehors de la zone fluctuante à un niveau nettement supérieur à celui du côté droit.

On ferme la paroi. Evolution post-opératoire normale.

La grossesse a évolué sans complications.

Grossesse angulaire. (Obs. Turenne.)

Service d'assistance et de protection maternelle n° 5.144. Teresa F. de P..., Italienne, mariée, 20 ans, III^e pare, entre dans mon service le 8 janvier 1920. Dernières règles le 23 septembre 1919. Au début de décembre elle a eu des pertes sanguines qui ont duré 15 jours et ont cessé avec un traitement institué par son médecin. A l'examen je trouve à la palpation deux tumeurs, une à droite, ovoïde, à grand axe vertical, dont le sommet se trouve au voisinage de l'ombilic,

mobile latéralement, nettement fluctuante, séparée par un sillon net de la tumeur gauche, celle-ci inclinée vers la fosse iliaque de consistance variable, rénitente et parfois dure. Au toucher le col est mou, sillon de séparation net entre la tumeur gauche qui est manifestement l'utérus gravide, avec ses contractions typiques, et de la grosseur d'un poing, et la tumeur droite kystique, mobile séparément et dont les mouvements se transmettent très vaguement à l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit et grossesse (fig. 14).

Opération le 12 janvier 1920. Opérateur Dr Turenne, assistant Dr Colistro. Anesthésie : morphine-kéline-éther. Position de Trendelenburg. Incision de Pfannenstiel. A l'ouverture du ventre on rencontre des adhérences épiploïco-pariétales. L'inspection du ventre montre que la tumeur est formée seulement par l'utérus gravide dont la corne droite est distendue et fluctuante, de la grosseur d'un œuf d'autruche, contrastant avec le reste du corps et la corne gauche qui ont la consistance d'un utérus gravide normal. La palpation permet de constater le ramollissement entre les deux portions : il est possible de limiter avec les doigts cette zone, à la manière d'un gros pédicule. La distension de la corne paraît être faite par une expansion du fond et de la face antérieure de l'utérus. A aucun moment je n'ai perçu de contraction de la région fluctuante.

Fermeture du ventre. Morphine toutes les six heures. Evolution postopératoire normale.

La grossesse continue jusqu'au moment de cette communication (mai 1920) sa marche sans accidents.

Grossesse angulaire. (Obs. Turenne.)

X. A..., Espagnole : III^e pare, entre dans mon service parce qu'elle est enceinte de 4 mois et a des douleurs abdominales.

L'examen montre l'existence d'un utérus gravide de l'âge que pensait la femme, avec ses caractères normaux, sauf au niveau de son fond et de la corne gauche, où l'on trouve une tuméfaction du volume d'une tête fœtale et d'une consistance continuellement dure, sans que l'on puisse apprécier de changement au moment de la contraction utérine. Nous la gardons en observation quelques jours pendant lesquels la situation reste stationnaire.

Diagnostic clinique : grossesse et myome.

Une nuit les douleurs se font très intenses et s'accompagnent de signes de légère irritation péritonéale (vomissements, défense musculaire). Nous faisons le diagnostic probable de nécrobiose du myome et nous pratiquons la *laparotomie*.

Le ventre ouvert, nous trouvons un utérus gravide de 4 à 5 mois, de forme irrégulière et de consistance kystique dans sa plus grande

partie, sauf dans la corne gauche, qui donne l'impression d'une masse musculaire, dans laquelle il n'est pas possible de percevoir de liquide en quantité appréciable et nous pensons qu'elle correspond au siège d'insertion du placenta.

La grossesse continua normalement jusqu'à terme avec quelques douleurs persistantes. Par une négligence du personnel de l'assistance, le médecin de garde ne fut pas appelé pour faire l'exploration utérine et contrôler directement le lieu de l'insertion placentaire.

Observations d'utérus gravidés latérofléchis

Laparotomie pour hématoçèle rétro-utérine. Flexion antérieure d'un utérus gravide avec saillie dans le Douglas.

(Obs. inédite, Dr J. Quénu.)

M^{me} Ro..., 29 ans. Antécédents obstétricaux :

1^o Fille il y a 13 ans. Grossesse et accouchement normaux ;

2^o Grossesse gémellaire il y a 10 ans ;

3^o Dernières règles du 1^{er} au 4 novembre.

Entre le 14 décembre 1926 à l'hôpital, avec un retard de règles, des douleurs abdominales, une saillie douloureuse dans le cul-de-sac postérieur, et est opérée d'urgence le jour de son entrée à 18 heures avec le diagnostic d'hématoçèle rétro-utérine. Anesthésie à l'éther.

Laparotomie : pas de sang, utérus gravide en forte antéflexion, mais dont le segment inférieur fait une saillie anormale dans le Douglas. On vérifie la trompe et l'ovaire gauche parfaitement sains, la trompe et l'ovaire droits ont été enlevés il y a 2 ans. On ferme en 2 plans (Jean Quénu).

Réveil avec une menace de fausse couche.

Repart chez elle sur sa demande le 31 décembre, après un séjour insuffisant, et est suivie par le Dr Réglade.

A 6 mois, hémorragie grave qui nécessite un repos de 3 semaines à un mois ; à 7 mois 1/2 petite hémorragie ; à 8 mois 1/2 la femme fait de nouveau une hémorragie pour laquelle je lui conseille le repos absolu. Le 2 août 1927 elle appelle le Dr Réglade qui trouve une tête fœtale assez descendue avec col entr'ouvert et conseille le repos. Le 7 août elle entre à Bon-Secours avec quelques douleurs. Le 8 août à 5 heures du matin elle accouche normalement d'une fille de 3 kg 700. Délivrance complète et facile d'aspect normal ; poids 500 gr. Les suites de couches ont été normales.

M^{me} R... meurt quelques années après de scarlatine.

*Latéroflexion d'un utérus gravide.**(Obs. des D^{rs} Douay et Rochat in Gyn. et Obst. 1923.)*

M^{me} X..., 23 ans. Pas d'enfant. La malade entre à l'hôpital Broca en octobre 1919 sur le conseil du D^r Haller, chargé de la consultation. On pense à une grossesse tubaire de deux mois environ.

Dernières règles en août, pas de règles en septembre, ni octobre. La malade se croit enceinte, mais elle a présenté quelques douleurs du côté gauche et des pertes blanches, c'est pour ces raisons qu'elle est venue à la consultation.

À l'examen, on trouve : le col assez mou, l'utérus un peu gros ; à gauche, en haut, on perçoit une masse arrondie, mollassse, séparée de l'utérus par un sillon profond. La mobilité de cette masse est nette et les mouvements ne se transmettent pas directement au corps utérin. Aucune douleur, sauf sur un point où l'on croit percevoir l'ovaire gauche.

Le lendemain la malade est présentée au professeur J.-L. Faure avec le diagnostic de grossesse tubaire en évolution nécessitant une opération sans tarder. Après examen, le professeur J.-L. Faure met en doute ce diagnostic, il nous signale un cas déjà ancien, absolument analogue, où il a fait lui-même l'erreur de diagnostic jusqu'à l'intervention inclusivement. Il nous montre que la masse latéro-utérine gauche peut être soulevée par les doigts et qu'alors cette masse n'apparaît plus comme une tuméfaction annexielle mais qu'elle paraît continuer directement l'utérus.

Son diagnostic est : grossesse normale avec latéro-déviatiôn du fond de l'utérus. Sa conclusion est qu'il faut attendre l'époque des prochaines règles et ne pas opérer.

L'évolution a confirmé ce diagnostic. La malade est restée en observation à l'hôpital, puis elle est rentrée chez elle, revenant se montrer de temps à autre à la consultation. L'utérus en se développant s'est spontanément redressé, et la grossesse a évolué normalement.

*Diagnostic grossesse tubaire droite. Laparotomie. Latéroflexion de l'utérus gravide ; ovaire scléro-kystique.**(Obs. Bérard in th. Marsaud.)*

Il y a 6 ans, suppléant à la Charité de M. Auguste Pollosson, j'eus à examiner une jeune femme qui niait toute possibilité de grossesse et toute interruption de règles. Elle prétendait même avoir eu depuis 2 semaines quelques écoulements sanguins, sans coliques

avec quelques douleurs dans le côté droit du bassin. Pas de troubles digestifs, pas de pigmentation aux lieux d'élection, ligne blanche et mamelons, pas d'écoulement à la pression des seins.

Au toucher, on trouvait un col un peu mou, encore conoïde, un corps utérin qui semblait petit, au-dessus du col et dans une situation à peu près normale. Immédiatement adjacente à l'utérus, dans le cul-de-sac droit proéminait une masse arrondie, de la grosseur d'une orange, un peu molle un peu douloureuse à la pression ; entre cette masse et l'isthme utérin était creusé un sillon, et il semblait que les déplacements du col fussent transmis à la grosseur. En arrière de cette masse principale était un noyau plus dur et plus douloureux considéré comme l'ovaire.

Le diagnostic fut celui de la grossesse tubaire droite. *Une opération fut décidée* : à l'ouverture du ventre on trouve que la masse principale était le corps utérin gravide en latéroflexion droite sur l'isthme allongé. En arrière et à droite était un ovaire scléro-kystique un peu gros, cause probable des douleurs, qui fut extirpé.

Contrairement à ce qu'admet pour ces cas M. Jahoulay, la grossesse fut interrompue chez cette femme.

Autres observations

Gestation du type Muret. Difficulté du diagnostic. Laparotomie. (Obs. de Schickelé, B. de la Société d'Obst. de Paris, 1923, p. 37.)

La malade X... nous arrive avec le diagnostic : tumeur kystique molle de l'ovaire ou grossesse intra-utérine. Lors du premier examen on a l'impression qu'il s'agit d'une grossesse intra-utérine, cependant la consistance de l'utérus, molle, mi-kystique, le col dur, particulièrement long, la possibilité apparente de passer entre la continuation du col et la partie devant correspondre à l'utérus gravide, font douter de l'exactitude du diagnostic de grossesse, d'autant plus qu'on ne sent pas d'une façon précise des contractions utérines. Le deuxième examen, le lendemain, où l'on pense sentir un utérus de grandeur normale séparé d'une tumeur mi-molle, mi-kystique, mais couvrant une partie du fond de l'utérus, fait avancer le diagnostic de kyste de l'ovaire. On décide l'opération avec la restriction toutefois d'examiner la malade quand elle sera endormie et de prendre à ce moment la décision définitive. La malade en sommeil profond est mise en position de Trendelenburg, la tumeur discutée retombe alors nettement vers le diaphragme, et le toucher bimanuel permet de séparer assez nettement un utérus de dimensions à peu près nor-

males et de consistance dure, de la tumeur à consistance kystique qui vient se développer jusqu'au bord immédiat du fond utérin, cette tumeur d'ailleurs est parfaitement mobile et on peut la déplacer à droite et à gauche, on pense même sentir un pédicule partant du côté gauche de l'utérus. Le diagnostic de kyste de l'ovaire se précise, *on fait la laparotomie*, alors on constate immédiatement la présence d'un utérus gravide de consistance kystique ne se contractant pas et se différenciant grâce à cette consistance d'une façon très nette du col et surtout de la partie supra-vaginale qui est très dure et longue. Entre les deux il y a comme un sillon mou, dû à l'extrême flaccidité d'une petite zone de la partie basse du corps utérin et qui a simulé le départ d'un pédicule.

Tumeur utérine douloureuse par contraction partielle d'un utérus gravide de 6 mois. (Obs. Ahlfeld B. Sté d'Obst, 1905 in article Bar.)

J'ai, en 1895, observé avec le docteur Aviragnet, une jeune femme qui, étant enceinte de 6 mois, ressentit tout à coup des douleurs utérines très vives. Appelée auprès d'elle, je constatais que l'utérus était dur et très douloureux. Il y avait là une sorte de contraction permanente, sur la paroi antérieure et environ sur la partie moyenne du corps, je sentis une tumeur dure allongée, à grand axe vertical, mais nettement limitée et faisant une forte saillie.

Je savais qu'il n'y avait pas de fibrome ; je pensais à une hémorragie rétro-placentaire. La soudaineté des douleurs, la tétanisation de l'utérus, l'apparition brusque de cette tumeur si limitée, tout me paraissait en faveur de ce diagnostic. Une seule réserve me semblait devoir être faite, parce que les battements du cœur fœtal étaient très réguliers.

Je revis la malade plusieurs heures après : l'utérus cessait de se contracter, la tumeur avait disparu. Je me rendis compte alors que j'avais été trompé par des contractions partielles de l'utérus.

CONCLUSIONS

La grossesse tubaire peut être simulée cliniquement par certaines variétés de grossesses utérines, qui sont : la grossesse angulaire, la grossesse s'accompagnant de latéroflexion utérine, enfin la grossesse développée dans certains utérus doubles.

Dans tous ces cas, il peut exister des symptômes fonctionnels analogues à ceux que l'on rencontre habituellement au cours des grossesses tubaires : douleurs, petites hémorragies, survenant après un retard de règles plus ou moins prolongé.

D'autre part l'examen physique faisant constater l'existence d'une masse latéro-utérine plus ou moins distincte de l'utérus, parfois séparée par un véritable sillon, on conçoit que dans ces conditions l'erreur soit difficilement évitable.

Lorsque malgré un interrogatoire minutieux et un examen physique attentif le doute persiste, c'est-à-dire lorsque l'hypothèse d'une grossesse tubaire ne peut pas être franchement éliminée, la prudence consiste à intervenir, pour éviter le risque majeur.

La connaissance de ces fausses grossesses tubaires ne doit donc pas être considérée comme de nature à restreindre les indications chirurgicales en pareil cas. Néanmoins, elle permettra parfois, sous la garantie d'une stricte observation et d'examens répétés, d'éviter une laparotomie inutile.

Et dans les cas où, le diagnostic penchant en faveur d'une grossesse tubaire vraie, on aura décidé l'intervention, si l'on se trouve en présence d'une fausse grossesse tubaire, on aura du moins la satisfaction d'avoir discuté cette cause d'erreur, et d'avoir fait au besoin une allusion discrète à cette rare éventualité, au moment où l'indication opératoire aura été posée.

Vu :

Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :

Le Président de la Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABLFELD, *Partielle Contractionen der schwangeren Uterus* (Vorläufigend für Geburt und Gynaek., 1. 47, p. 239); *Lehrbuch der Geburtsnülfe*, 3^e éd., p. 99 ; Soc. d'Obst. de Paris, 16 février 1905, in Com. Bar.
- ASH, J. E., *Grossesse interstitielle* (Surg. Gyn. and Obst., 1932, LIX, p. 930).
- AUDEBERT et FOURNIER, *Grossesse angulaire. Pyélonéphrite hyperthermique chez une névropathe* (C. R. Soc. d'Obst. de Paris, 1909, p. 395).
- AUDEBERT et DAMBRIN, *Deux cas de grossesse angulaire* (La Gynécologie, 1923, p. 685).
- ARNSTAM et REINBERG, *Sur la valeur clinique de la métro-salpingographie* (Annales de Roentgen. et Rad. russes, vol. IV, fasc. 4, 1926).
- AVERETT, L., *Accessory uterus with arrested pregnancy* (Am. Journal of Obst. and Gyn., 1928, 15, p. 113).
- BALARD, P., *Trois observations de grossesses intra-utérines pouvant simuler une grossesse ectopique* (B. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris, 1926, p. 445).
- BAR et MERCIER, *Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin d'une grossesse tubo-utérine* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1898, p. 36).
- BAR, *Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur de diagnostic de la grossesse intra-utérine au début* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1900, 5 juillet).
- *Vole sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1902, p. 168).
- *Insertion de l'œuf dans une corne utérine et avortement* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1903, p. 444).
- *Des contractions partielles de l'utérus et des erreurs de diagnostic qu'elles peuvent causer* (Bul. Soc. Obst. 1905, p. 58).
- DE BATZ, *Des grossesses intra-utérines anormales pouvant en imposer pour des gestations ectopiques*, thèse Bordeaux, 1926.
- BAYER, *Beitrag z. Geb. und Gyn.*, 1903.
- BÉCLÈRE, Claude, *L'exploration radiologique en gynécologie*, 1928 ; *La perméabilité et les obliterations tubaires*, 1929. Voir GOSSET.
- BÉRARD, Lyon Médical, 1906.
- BIDOIRE, *Grossesse angulaire* (L'Hôpital A, 1933, p. 534).
- BERNARDBEIG, J., *Encore le diagnostic de la grossesse anormale* (Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris, 1934, p. 121).
- BERNARDBEIG et LECLERC, *L'exploration radiologique de l'utérus et des annexes* (Toulouse médical, 1^{er} déc. 1933).

- BLOCH, J.-Ch., et MIRALLIE, *Grossesse angulaire rompue avec présentation de pièce* (Bul. et Mém. de la Soc. anal. de Paris, 1924, p. 383).
- BONAFOS, MAGNOL et E. LAFFONT, *A propos des tumeurs fantômes du pelvis chez la femme* (Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, 9 février 1935 ; in *L'Algérie médicale*, avril 1935).
- BONIFACI, Alexandre, *Etude sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine*, thèse Lausanne, 1912.
- BONNET-LABORDERIE, *Grossesse angulaire. Œuf clair de deux mois environ expulsé avec la totalité de la caduque pariétale* (Bul. Soc. d'Obst. Paris, 1910, p. 351).
- BONNAIRE, *De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse* (L'obstétrique, sept. 1903).
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE et COUVELAIRE, *Grossesse dans un utérus didelphe; expulsion d'une caduque dans l'autre utérus et continuation de la grossesse* (Soc. Obst. Gyn. Pédiatrie Paris, 11 juin 1906).
- BOUQUET, M. P., *Changements de forme dans l'utérus gravide* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn., 1912).
- BOURRUS, J., *Etudes des formes anormales de l'utérus gravide*, thèse Bordeaux, 1891.
- BOUSCARLE, M., *Les utérus doubles au point de vue obstétrical*, thèse Paris, 1924.
- BÜBENDORF, *Considérations sur l'enchaînement du placenta*, thèse Nancy, 1881.
- BUDIN, in *Com. Bar* (Soc. d'Obst. de Paris, 5 juillet 1900).
- BUFFNOIR, *Un nouveau cas de grossesse angulaire* (Bul. Soc. d'Obst. Paris, 1905, p. 78).
- BRAUN, *Ueber Frühdiagnose der Gravidität* (Wiener Klin. Woch., 1899, p. 243 et *Geb. Gyn. Gesellschaft in Wien*, 24 janv. 1899).
- BRINDEAU, *Soc. d'Obst. de Paris*, 1903, 19 nov., p. 447.
— *Annales de Gyn. et Obst.*, 1911, p. 235.
- BRINDEAU et CATHALA, *Difficulté de diagnostic dans un cas de grossesse utérine prise pour une grossesse ectopique* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1910, p. 314).
- CAILLOT, J., *Un cas de grossesse interstitielle opérée avant rupture* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1934).
- CAO-SI-TAN, *Ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail*, thèse Paris, 1926.
- CATHALA, *La flexion-rotation de l'utérus cause d'erreur de diagnostic au début de la grossesse* (Rev. française de Gyn. et d'Obst., mai 1935).
- CAUBET, Obs. VI in thèse DE BATZ.
- CHALABY, A., *Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle*, thèse Paris, 1928.
- CLAUSSE, J., *Apports de la radiographie dans le diagnostic de quelques gestations anormales*, thèse Alger, 1931.
- COLL et CARRERA. BATTLE et BOURGUET, *Grossesse angulaire; insertion du placenta dans la corne utérine* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1932).
- CONDAMIN, *Un cas de G. I. non rompue opérée avec conservation intégrale par énucléation de l'œuf* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn., 1932).

- CONSTANT, G., *De la grossesse angulaire*, thèse Alger, 1935.
- CORNU, P., *La grossesse interstitielle*, thèse Strasbourg, 1929.
- COUVELAIRE, *Ablation d'un hémionterus au 5^e mois d'une gestation dans l'autre hémionterus* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1928).
- Communication COLL et CARRERA, Discussion.
- CRIVELLI, E. P., *Des rétro-déviation partiellement irréductibles de l'utérus gravide*, thèse Paris, 1920.
- CUILLEN. In article TURENNE.
- DAMAS et ARMAND, *Un cas de grossesse difficile* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1899).
- DAVERNE, *Rev. de Gyn., Obst. et Pédiatrie*, janv. 1914.
- DAVID, I., *Grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines*, thèse Montpellier, 1901.
- DAVIS, E., *Rétrodéviation utérine prise pour une grossesse ectopique* (Trans. of the Am. Gyn. Soc., août 1902, p. 270). In *L'Obst.* 1903, p. 66.
- DESNOYERS, *Gestation dans un utérus malformé* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1928).
- DESOURBRY, *Deux observations de grossesse interstitielle vraie avec cloison séparant l'œuf de la cavité utérine* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1928).
- DEVRAIGNE, *La grossesse angulaire* (Gynécologie, 1914, p. 15).
- DIEULAFÉ, Obs. pp. 57, 61 et 72 in thèse Mothe.
- DOUAY, E., et ROCHAT, R., *Sur le diagnostic de la grossesse tubaire. La grossesse angulaire* (Gyn. et Obst, 1923, p. 216).
- VAN DER ELST et GAUTOT, *Les lipiodols utérins : leur utilité en gynécologie* (Gyn. et Obst. nov. 1928).
- FIEUX, *Revue mensuelle de Gyn., Obst. et Pédiatrie*, Bordeaux, 1900, p. 565.
- In thèse MARSAUD, obs. XVI.
- FIEUX et CHAVANNAZ, *Grossesse développée dans un utérus antéro-latéro-fléchi et ayant simulé une grossesse extra-utérine* (C. R. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1904, p. 285).
- FOURNIER, Obs. in thèse Mothe, p. 94. *Coexistence de grossesse intra- et extra-utérine* (Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1933, p. 692).
- FRANKENSTEIN, C., *De la laparotomie dans la rétroflexion irréductible de l'utérus gravide* (Annales de Gyn. et d'Obst., 2^e série 1910, p. 494).
- FULCONIS et SHEBAT, *A propos de deux cas de grossesse angulaire* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1934, p. 628).
- LE GALL, R., *A propos du traitement de la grossesse interstitielle*, thèse Paris, 1932.
- GARRIGUES, *Medical News*, 12 déc. 1885.
- GAUSSEL, Communication COLL DE CARRERA. Discussion.
- GILL, J.-J., *Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1930, p. 553.
- GIRARDIN, *Un cas rétroflexion partielle d'un utérus gravide du 4^e-5^e mois* (Bul. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1927, p. 508).

- GONZALEZ, *Deux grossesses angulaires successives chez la même malade* (*Semaine médicale de Buenos-Aires*, 1^{er} oct. 1925, p. 1196).
- GOSSET, LEDOUX-LEBART et C. BEGLÈRE, *Etude radiologique de la contraction utérine et tubaire* (*Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1928, p. 609).
- GRAB HERMANN, *Soc. d'Obst. de New-York*, 1907. In article TURENNE.
- GRAHAM, cité par TURENNE.
- GROVE, J. L., *Ruptured cornual pregnancy, discussion of cornual pregnancy and the literature* (*Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1926, p. 102).
- GUILLAUME, M., *De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire*, thèse Paris, 1911.
- GUYOT et MAILHE, *Bul. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1926, p. 449.
- HAMANT, A., et DURAND, E., *L'hystérocopie, sa technique, ses résultats* (*Rev. française de Gyn. et d'Obst.*, 1936, p. 20).
- HAMELIN, R., *Contribution à l'étude de la parturition dans les utérus malformés*, thèse Paris, 1935.
- HAYNES, L. W., *Utérus duplex* (*Am. Journal of Obst. and Gyn.*, 1933, 25, p. 604).
- HELIE et CHENANTAIS, *Recherches sur la disposition des fibres musculaires développées pendant la grossesse*, Paris, 1865.
- HENROTAY, J.-L., *Un cas rare de grossesse angulaire* (*Gyn. et Obst.*, 1924).
- HERBELIN, M., *Contribution à l'étude des utérus didelphes*, thèse Paris, 1924.
- HOLZAPFEL, in thèse Popesco.
- HOWITZ, *Difficultés de diagnostic produites par l'hypertrophie du col de l'utérus* (8^e Congrès périodique international de médecine, 1884).
Compte rendu publié par C. LANGE, édité à Copenhague, librairie Gyldendal, 1886.
- HULL, T., *Un cas de grossesse intéro-interstilielle à terme sans rupture* (*Am. Journal of Obst. and Gyn.*, 1934, p. 453).
- JABOULAY, *Lyon Médical*, 1905.
- JAYMES, *Grossesse utérine dans un utérus bicorne simulant une grossesse tubaire* (*Bul. Soc. d'Obst. de Paris*, 1933, p. 314).
- JOLANE, G., *De la grossesse développée dans la corne rudimentaire de l'utérus bicorne*, thèse Toulouse, 1927.
- KELLY, *Operative Gynecology*, 1898, t. II, p. 449.
- KERR MUNRO, *Grossesse angulaire simulant une grossesse extra-utérine* (*Obs. trans. Edinb. Soc.*, 1907-1908).
- KERR, J. M. M., et ANDERSON, D. F., *Angular Pregnancy: clinical entity* (*British Med. Journal*, June 1934).
- KOPILOWITZ, A., *Pregnancy in a rudimentary utérine horn* (*Am. Journal of Obst. and Gyn.*, 1928, 15, p. 248).
- KREIS, *Grossesse interstilielle ou angulaire? Laparotomie exploratrice, erreur de diagnostic révélée par l'étude histologique* (*Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927).

- LABRUE, A., *De la distension des cornes utérines au cours de l'état puerpéral*, thèse Paris, 1919.
- LANTUEJOL, *Utérus unicorne avec grossesse dans la corne accessoire ; rupture spontanée* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1932).
- LAPEYRE, J.-L., *Grossesse interstitielle* (Gyn. et Obst., 1932, p. 481).
- LAPOINTE et BOQUEL, *Un utérus cloisonné avec grossesse unilatérale* (Rev. française de Gyn. et d'Obst., 1933).
- LAPOINTE et SACUTO, *Grossesse interstitielle rompue* (Soc. de Chir. de Paris, 1928, p. 636).
- LECÈNE, *Diagnostic histologique différentiel de la dysménorrhée membraneuse et de la grossesse ectopique* (Compte rendu Soc. d'Obst. de Paris, 1910).
- *Deux cas rares de grossesse ectopique* (Ibid.).
- LEFOUR, Ann. Soc. Obst. de France, 1904 ; et in thèse MARSAUD.
- LEPAGE, *Des grossesses utérines prises pour des grossesses extra-utérines* (C. R. Soc. d'Obst. de Paris, 1899, p. 72).
- LEQUEUX, P., *De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grossesses ectopiques* (Revue de gyn. et de chirurgie abdominale, 1900).
- *Un cas de grossesse angulaire avec rupture prématurée des membranes. Accouchement d'un fœtus extra-membraneux malformé* (Annales de Gyn. et d'Obst., 1910, p. 240).
- LEFEBVIER, L.-C., *La grossesse sus et anti-utérine*, thèse Lille, 1923-1924.
- LE LORIER, *Un curieux cas de déformation utérine au début de la gestation* (Semaine des hôpitaux de Paris, 31 oct. 1927).
- *Le diagnostic de la grossesse dans les premiers mois* (Rev. française de Gyn. et d'Obst., 1931, p. 335).
- LUTHEREAU et PETIT, C. R. Soc. fr. de Gyn., 1934, p. 180.
- MAC BURNEY, in article TURENNE.
- MAGENDIE, M., *Sur un cas de grossesse interstitielle rompue (variété intramurale)* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1931, p. 193).
- MAGNAN, L.-A., *Anomalies et malformations des organes génitaux de la femme*, thèse Paris, 1929.
- MALCOM MC LEAN, *Interstitial pregnancy simulating pelvic tumor : celiotomy* (Trans. of the New-York Obst. Soc. Am. Journal of Obst. and Diseases of Women and Children, avril 1895).
- MARIETTE, G., *Sur les modifications de l'utérus au début de la grossesse*, thèse Paris, 1903.
- MARSAUD, *Quelques cas de latéroposition du corps utérin gravide, étude critique*, thèse Bordeaux, 1908.
- MAS, J., *De la délivrance dystocique dans les cas de grossesse angulaire*, thèse Montpellier, 1908.
- MICHEL et DUROCH, *Les grossesses angulaires* (Bul. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1923).
- MICHON et LABRY, *A propos de la grossesse angulaire* (Lyon médical, 1926, p. 540).
- MONFORT, P., *La grossesse dans l'utérus double*, thèse Paris, 1930.
- MONTAGNE, *Difficulté du diagnostic d'une grossesse avec forme anormale de l'utérus* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, nov. 1903).

- MOTHE, *De la grossesse angulaire. Symptômes et diagnostic*, thèse Toulouse, 1909-1910.
- MURET, *Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine et de quelques tumeurs abdominales* (Revue de gyn. et de chirurgie abdominale, déc. 1898, pp. 947-982).
- OLSHAUSEN, in article TURENNE.
- OMBREDANNE L., et MARTIN, A., *Les utérus doubles* (Revue de gyn. et de chirurgie abdominale, 1903, pp. 959).
- OUVRIER, *Sur une forme particulière de l'utérus pendant les premiers mois de la gestation*, thèse Paris, 1900.
- OUZOUNOVA, P., *Contribution à l'étude de la latéro-flexion de l'utérus gravide*, thèse Lyon 1898.
- PAPIN, in thèse de BATZ, obs. XIII.
- PERALTA RAMOS, *Grossesse angulaire*, in discussion communication GONZALEZ (Sem. méd. de Buenos-Aires, 1925).
- PETROVKAÏA, O., *Contribution à l'étude de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire*, thèse Paris, 1908-1909.
- POIRIER et CHARPY, *Traité d'anatomie humaine. Organes génitaux urinaux*, t. V, 2^e édition.
- POPESCO, B., *Le lieu d'insertion du placenta, statistique provenant d'opérations césariennes*, thèse Paris, 1920.
- PORTER MILES, H., *Cornual pregnancy, rupture in the fourth month : operation ; recovery, remarks* (Am. Journal of Obst. and Diseases of Women and Children, Vol. XLIV, 1901).
- PUECH, *Grossesse simulant une grossesse extra-utérine* (Montpellier médical, 1893).
- *Grossesse angulaire* (Gazette des hôpitaux, 1^{er} déc. 1904 ; Montpellier médical, 1904 ; Mémoires et leçons d'obstétrique, 1905).
- In thèse VELLNET, obs. XV, XVI.
- PUGA, *Grossesse angulaire* (Annales de la clinique obstétricale du Chili, 1926).
- QUÉNU et LESOURD, *Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants* (Rev. de chir., 1906, p. 1).
- REMY, S., *Caducue utérine et grossesse angulaire* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1921, p. 333).
- *L'expulsion d'une caduque, toujours signe d'une grossesse ectopique?* (Presse Médicale, 1908, n° 104, p. 841).
- RICARD, obs. XIV in thèse VELLNET.
- RICARD, A., et SIREDEY, A., *Rétroflexion de l'utérus gravide. Grossesse angulaire enclavée dans le bassin* (Soc. d'Obst. et de Pédiatrie de Paris, 11 avril 1910).
- RICHE, Communication COLL DE CARRERA, Discussion.
- RIVIÈRE, Obs. IV et V in thèse DE BATZ.
- ROUTIER, A., *Latéroflexion droite ayant fait croire à une grossesse extra-utérine. Laparotomie. Redressement de l'utérus. Avortement consécutif. Guérison.* (C. R. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1901, p. 9.)

- ROUVILLE, *Une erreur de diagnostic. Grossesse normale prise pour un kyste de l'ovaire. Laparotomie. Guérison. Accouchement à terme d'un enfant vivant, 4 mois plus tard.* (Bul. d'Obst. de Paris, 1910.)
- SALVATORE DI PALMA, *Grossesse interstilielle; douleur haute* (Am. Journal of Obst. and Gyn., 1928, 15, p. 699).
- SCHICKELÉ, *Sur le diagnostic de la grossesse intra-utérine* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1923, p. 371).
- *A propos du diagnostic de la grossesse extra-utérine* (Bul. Soc. d'Obst. de Paris, 1923, p. 433).
- SEGOND, P., *Grossesse utérine prise pour une extra-utérine. Libération et redressement de l'utérus. Guérison. Continuation de la grossesse. Avortement ultérieur.* (Comptes rendus de la Soc. d'Obst. de Paris, 1900, p. 330.)
- SHEBAT et EZES, *Deux cas de douleur élevée (scapulaire) apparue au début de grossesses angulaires* (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, p. 714).
- SHEBAT, L., *De l'étiologie, des complications et du diagnostic de la grossesse angulaire.* (L'Algérie médicale, avril 1935, pp. 237-247.)
- SCHROEDER, Carl, *Ueber den Ausbau und die Leistungen der Hysteroscopie.* (Archiv für Gynaekologie, 1934, p. 407.)
- SHUMAN, Soc. d'Obst. de Philadelphie, 1912; in article TURENNE.
- STEINHARTER, E. C., *Report of a case of bicornuate uterus.* (Am. Journal of Obst. and Gyn. 1928, 15, p. 558.)
- STEFANI, Antoine, *A propos de la grossesse tubaire. De la localisation anté-utérine du produit d'avortement,* thèse Montpellier, 1923-1924.
- STONES SCOTT, in article TURENNE.
- SZTEHLO, *Diagnostic et erreurs de diagnostic de la G. E. U.* (Mänch. Med. Woch., 1932, p. 266.)
- TEDENAT, Montpellier Medical, 1893.
- TREMPE, *Grossesse de la corne utérine droite rupturée* (Bul. Soc. Méd. hôp. universit. Québec, 1932, p. 286).
- TRUESDALE, P. E., *Rupture de la gestation dans une corne d'utérus bi-corne* (New England Journal medic., 1931, p. 1031).
- TURENNE, *La grossesse angulaire utérine et l'ectopique interstilielle* (Revista medica del Uruguay, Montevideo, Junio 1920, pp. 290-310).
- VARNIER, H., *Utérus gravide en latéroflexion pris pour un kyste de l'ovaire. Laparotomie. Guérison de l'opérée. Accouchement à terme* (C. R. Soc. Obst. de Paris, 1900, p. 333).
- *Utérus gravide en latéroflexion pris pour un kyste de l'ovaire* (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1901, p. 119).
- VAUDESICAL, R., *Contribution à l'étude de la grossesse interstilielle,* thèse Paris, 1919.
- VELLUET, *De la grossesse angulaire,* thèse Montpellier, 1906.
- VILLARD, Obs. VII in thèse de BATZ.
- VINEBERG, H. N., suite à la com. de MALCOM MC LEAN, 1895.

WÄGELI, *La grossesse interstitielle*, (*Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, Paris, années 1914-1915, pp. 404 et 441).

WASSILIEFF, *De la grossesse angulaire, son importance physiologique et pathologique* (*Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, déc. 1903), et in thèse OUVRIER).

WENNING, *Am. J. of Obst.*, 1890. In thèse MARSAUD, *Obs.* II.

ZARATE, *Soc. argentinienne d'Obst. et Gyn.*, 1908 ; in article TURENNE.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE

Grossesse angulaire

A. Définition	3
Historique	8
B. Anatomie	12
a) Musculature utérine	12
b) Radiologie	15
c) Hystéroscopie	20
C. Etude clinique	24
a) Fréquence	24
Etiologie	25
b) Symptômes { signes fonctionnels	27
/ signes physiques	32
c) Constataions opératoires	38
Evolution	46
Avortement	46
Enchatonnement	53
Rupture	58
D. Diagnostic	60

DEUXIÈME PARTIE

Flexions de l'utérus gravide. Latéroflexions

A. Définition	71
Historique	72
B. Etude anatomique	73
Mécanisme, étiologie, anatomie pathologique	73
C. Etude Clinique	76
Fréquence	76
Symptômes { signes fonctionnels	76
{ signes physiques	77
Evolution	78

D. <i>Diagnostic</i>	78
E. <i>Gestations du type « Murel »</i>	80

TROISIÈME PARTIE

Grossesses dans les utérus malformés

A. <i>Anatomie : Rappel d'embryologie</i>	85
B. <i>Etude clinique</i>	86
C. <i>Diagnostic</i>	94

QUATRIÈME PARTIE

OBSERVATIONS	98
------------------------	----

CINQUIÈME PARTIE

CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	117



Imp. G. Thone,
Liège (Belgique)